سلسلة سيكولوجية الطفل (٥)

سيكولوجية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة
الأسس النظرية والتطبيقات العملية
(التدخل - العزل - الدمج)

الأستاذ الدكتور
فاروق السعيد جبريل
أستاذ علم النفس التربوى
كلية التربية جامعة المنصورة

الدكتور
مصطفى السعيد جبريل
أستاذ علم النفس التربوى المساعد
كلية التربية بدمياط

عامر للطباعة والنشر بالمنصورة
٢٠٠٧

جبريل ، فاروق السعيد
سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة : الأسس النظرية والتطبيقات العملية التدخل العزل الدمج / فاروق السعيد جبريل ، مصطفى السعيد جبريل .-
المنصورة : شركة عامر للطباعة والنشر ، ٢٠٠٧
٢١٦ص ؛ ٢٤ سم . - (سلسلة سيكولوجية الطفل ؛ ٥)
تدمك ٩٧٧ ٣٨٥ ٠٣٥٨
١- الأطفال المعوقون .
أ - جبريل ، مصطفى السعيد (مؤلف مشارك)
ب- العنوان

رقم الإيداع
٢٠٠٧\٢١٣٤٧

الترقيم الدولى ***I.S.B.N.***
977 -385- 035- 8

المحتويات

تابع المحتويات

تابع المحتويات

المقدمة

اللهم ربنا لك الحمد كما ينبغى لجلال وجهك ولعظيم سلطانك ، سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا إنك أنت العليم الحكيم .

والصلاة والسلام على صفوة خلقك أجمعين ، وخاتم الأنبياء والمرسلين ، سيدنا ومولانا محمد صلى الله عليه وسلم ، عبدك ورسولك ، الرحمة المهداة ، والسراج المنير وعلى آله وصحبه أجمعين ، ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين .

إيمانا منا بأهمية مرحلة الطفولة لذوى الاحتياجات الخاصة ، وأنها فترة التكوين والتأسيس لحياة الطفل وتحديد مسار توجهاته فى المستقبل ، وأن ما يحدث فيها يصعب تعديله أو تقويمه . وإيمانا منا بواجبنا نحو ذوى الاحتياجات الخاصة من منطلق قوله تعالى: عَبَسَ وَتَوَلَّىٰٓ ۞ أَن جَآءَهُ ٱلْأَعْمَىٰ ۞ وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهُۥ يَزَّكَّىٰٓ ۞ أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنفَعَهُ ٱلذِّكْرَىٰٓ ۞ أَمَّا مَنِ ٱسْتَغْنَىٰ ۞ فَأَنتَ لَهُۥ تَصَدَّىٰ ۞ وَمَا عَلَيْكَ أَلَّا يَزَّكَّىٰ ۞ وَأَمَّا مَن جَآءَكَ يَسْعَىٰ ۞ وَهُوَ يَخْشَىٰ ۞ فَأَنتَ عَنْهُ تَلَهَّىٰ ۞ كَلَّآ إِنَّهَا تَذْكِرَةٌ ۞ [1] .

وإيمانا منا بأن ذوى الاحتياجات الخاصة جزء من النظام الاجتماعى ، وأن لهم أهمية كعنصر بشرى قادر على العطاء والإنتاج .

وإيمانا منا بأن قضية الإعاقة ليست قضية فردية بل هى قضية المجتمع بأسره ، وأنها تحتاج إلى تضافر الجهود الحكومية والأهلية من أجل الحد من

---

[1] سورة عبس : الآيات (١ – ١١) .

الإعاقة وأثارها بالتدخل المبكر لتقديم الرعاية المتكاملة لذوى الاحتياجات الخاصة وإعدادهم للتكيف مع المجتمع ، وإعداد البيئة الطبيعية لتلبى احتياجاتهم ليكون هناك تفاعل ناجح ومستمر بينهما .

وإيمانا منا بأنه يجب على المجتمع بحكومته ومؤسساته الأهلية العمل على تنشيط حياة ذوى الاحتياجات الخاصة ، ومساعدتهم على اكتساب السلوكيات والمعارف والتأهيل والتشغيل لضمان حياة مستقلة لهم ضمن الحياة الطبيعية فى المجتمع ، لضمان حسن انتمائهم للمجتمع ، ومشاركتهم الفعالة فى تقدمه ورقية . من كل ذلك جاء اهتمامنا بموضوع التدخل والدمج لذوى الاحتياجات الخاصة .

أيها القارىء العزيز ، والأخصائى ، والمربى ، وعضو الأسرة والمجتمع، والطالب فى مصر الحبيبة وسائر الأقطار العربية .

يسعدنا أن نقدم لكم وللمكتبة العربية عامة والمكتبة المصرية خاصة الكتاب الخامس فى " سلسلة سيكولوجية الطفل " وهو يتناول موضوع التدخل والدمج لذوى الاحتياجات الخاصة ، ويجمع بين الجانب النظرى والتطبيقى فى مجال التدخل والدمج كأحد مجالات التربية الخاصة الحديثة ، ويحاول التوفيق بين وجهتى النظر المؤيدة للتدخل والدمج والرافضة لهما ، ويتبنى وجهة النظر المؤيدة لأهمية التدخل المبكر ، وضرورة الاتجاه نحو الدمج لذوى الاحتياجات الخاصة .

والكتاب الحالى يقع فى ثلاثة فصول : الفصل الأول ؛ مدخل التربية الخاصة لذوى الاحتياجات الخاصة ويشمل بعض المصطلحات المستخدمة فى مجال ذوى الاحتياجات الخاصة ، ومفهوم التربية الخاصة ، والاتجاهات الحديثة فيها، ومجدداتها ، ومبادئها العامة ، وأهدافها ، والصعوبات التى تواجهها ، ومهام المسئولين عنها ، وأساليب تقديم التربية الخاصة .

والفصل الثانى ؛ التدخل ، ويتناول مفهوم التدخل ، ومراحله ، ومبرراته، ومبادئه ، وأهدافه ، ومتطلباته ، ونماذجه ، وعوامل تفضيل برنـــامج التــدخل ، وشروط القبول ببرنامج التدخل ، ومكونات برنامج التدخل ، ومجالات التدخل ، وشروط نجاح برنامج التدخل ، ومهام الفريق المشارك فى التدخل .

والفصل الثالث ؛ الدمج ، ويتناول مفهوم الدمج ، وتطوره ، وأنواعـــه ، وأهدافه ، وفوائده ، وسلبياته ، ومبادئه ، والتخطيط لبرنامج دمج ، ودور بعض المسئولين فى الدمج ، وتجارب بعض الدول فى مجال الدمج .

وقد حرص مؤلفا الكتاب على معالجة أطراف موضوعة بعمق ، وشمول، وتكامل ، وبأسلوب علمى دقيق سهل ، وجمعت المعالجة بين النظرى والتطبيقى فى مجالى التدخل والدمج لذوى الاحتياجات الخاصة ، وهو يناسب المتخصصين فى ميدان التربية الخاصة ، والدارسين فى الجامعة ، وكل المهتمين برعاية ذوى الاحتياجات الخاصة .

والكتاب الحالى يغطى موضوعاً ندر تناوله فى المكتبة العربية ، ولذا فهو يعد من الإصدارات الأولى باللغة العربية التى شملت كل هذه الجوانب لعمليتـــى التدخل والدمج لذوى الاحتياجات الخاصة ، ومن ثم فهو يعتبر إضافة جديدة يمكن أن تساهم فى مزيد من الفهم لأهمية عمليتى التدخل والدمج مما يساعد على تقديم أفضل رعاية متكاملة لذوى الاحتياجات الخاصة .

والله نسأل أن نكون قد وفقنا ... ، ونرجو أن يكون فى هذا الكتاب فائدة للآباء والمتخصصين فى المدرسة والمجتمع ، وأن يكون مشجعا على مزيد مـــن البحث فى هذا المجال ، من أجل إعداد ذوى الاحتياجات الخاصة لمستقبل أفضل

وأجدر على تحمل المسئولية والمشاركة فى بناء وتطور هذا الوطن الغالى مصر.

" اللهم زدنى علماً "

المنصورة فى : ٢٠٠٧/٩/١ .

المؤلفان

الفصل الأول

مدخل التربية الخاصة لذوى الاحتياجات الخاصة

أولاً : المقدمة .

ثانياً : بعض المصطلحات المستخدمة فى مجال ذوى الاحتياجات الخاصة .

ثالثاً : التربية الخاصة .

١ - مفهوم التربية الخاصة .

٢ - الاتجاهات الحديثة فى التربية الخاصة .

٣ - محددات التربية الخاصة .

٤ - المبادىء العامة للتربية الخاصة .

٥ - أهداف التربية الخاصة .

٦ - الصعوبات التى تواجه التربية الخاصة .

٧ - مهام المسئولين عن تقديم التربية الخاصة .

٨ - أساليب تقديم التربية الخاصة .

٩ - مستويات برامج التربية الخاصة .

الفصل الأول

مدخل التربية الخاصة لذوى الاحتياجات الخاصة

أولاً : المقدمة :

الأطفال جزء من الحاضر ولكنهم كل المستقبل ، فهم عدة المجتمع في المستقبل وأداته للنمو والتقدم ، ومن ثم يبذل المسئولون في كل المجتمعات قصارى جهدهم في توفير كل ما يلزم لتحقيق الرعاية التربوية والاجتماعية لهؤلاء الأطفال ، لكي يحققوا لهم النمو المتكامل والمناسب في جميع جوانب شخصياتهم .

ويواجه الآباء والمعلمين أطفالا يختلفون عن الأطفال العاديين فى بعض جوانب نموهم الجسمي والحسي والعقلي واللغوى والاجتماعى والانفعالي ، وقديما كان يطلق عليهم الأطفال الشواذ ، إلا أنه في الوقت الحاضر لا تجد هذه التسمية قبولاً لدى التربويين ، ويفضلون تسميتهم بالأطفال غير العاديين *Exceptional* أو الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة *Children of special Needs* ، وذلك يجعلهم فئة متميزة عن الأطفال العاديين ، ويجنبنا تسميتهم بالشواذ .

وهم يتواجدون فى كل مجتمع من المجتمعات ، ويحتاجون إلى تكيف خاص مع البيئة التى يعيشون فيها نتيجة لوضعهم الصحى الذى يوجد به خلل ما، وهذا التكيف لا يأتى عن طريقهم بل يقع عاتقة على من يحيطون بهم بتوجيه الاهتمام لهم مثلهم مثل الشخص الطبيعى الذى يمارس حياته .

والاهتمام بالترتيبات الخاصة لتربية ذوى الاحتياجات الخاصة مازال يعد فى مرحلة المهد بالنسبة لكثير من الدول رغم تزايد المشاكل التى يتعرض لها الأطفال والمراهقين خلال الفترة الراهنة ، ولذا نجد الآن أن الاحتياجات التعليمية

والاجتماعية للأطفال وخاصة ذوى الاحتياجات الخاصة تحظى باهتمام كبير على المستوى العالمى وعلى المستويات القومية للدول المختلفة إيمانا بحقوقهم الإنسانية والمدنية التى نصت عليها الرسالات السماوية والمواثيق الدولية .

وتعرض الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة لأية مشكلات تعوق عملية نموهم وتربيتهم تؤرق كل المهتمين بتربيتهم سواء فى المنزل أو المدرسة أو المجتمع ، ولذا فإن الأمر يحتاج إلى :

- إعداد برامج تربوية وعلاجية مناسبة لمواجهه الاحتياجات التربوية والنفسية لهم .
- إعداد المتخصصين للعمل معهم .
- توفير الكتب والمراجع لمساعدة كل من يهمه أمر هؤلاء الأطفال والآباء والمعلمين والأخصائيين لفهم خصائص هؤلاء الأطفال وكيفية التعامل معهم بالطرق المناسبة .
- تشجيع البحث والدراسة فى مجال ذوى الاحتياجات الخاصة .
- توفير فرص تعليمية متساوية لكل فئة من فئات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة للحصول على التعليم ضمن إطار نظام التعليم العام باعتبار أن التعليم له دور فعال وحاسم فى الوقاية من الإعاقة وفى مساعدتهم للسعى نحو حياة مستقلة ونافعة .

وأصبحت قضية الإعاقة واحدة من القضايا ذات الأبعاد التربوية والاقتصادية ، محط اهتمام المجتمعات المختلفة وعنايتها ، لأن الإعاقة لا تشكل عبئا على المعاق وأسرته فحسب بل إن آثارها تمتد لتطال قطاعاً كبيراً من المجتمع .

ولذا تبنى المجتمع الدولى من خلال الإعلان العالمى حول " التربية للجميع " إلزام الدول المختلفة بتوفير حاجات التعليم الأساسية التى يحتاج إليها كل البشر من أجل البقاء ، وتنمية كافة إمكاناتهم ، والعيش والعمل بكرامه ، والمساهمة الفعالة فى عملية تنمية المجتمع ، وتحسين نوعية حياتهم ، واتخاذ القرارات اللازمة لتأمين فرص تعليمية متكافئة لجميع فئات ذوى الاحتياجات الخاصة باعتبارهم جزء من النظام التعليمى التربوى .

ودوت فى العالم صيحات تنادى بضرورة زيادة الاهتمام برعاية ذوى الفئات الخاصة وإجراء البحوث للتعرف على أسباب الإعاقة وطرق علاجها والوقاية منها وكان من ثمار ذلك :

١ - تكونت جمعيات أهلية وحكومية لرعاية المعاقين وأسرهم ، وصدرت التشريعات التى تنظم هذه الرعاية فى مجتمعات عديدة .

٢ - عقدت مؤتمرات دولية ومحلية لتبادل الخبرات والمعلومات بين المتخصصين فى هذا الميدان .

٣ - زيادة إقبال العلماء والباحثين على إجراء الدراسات وتأليف الكتب المتخصصة فى النواحى الطبية والنفسية والتربوية والاجتماعية فى ميدان ذوى الفئات الخاصة .

٤ - صدرت مجلات متخصصة فى نشر المقالات والبحوث فى هذا الميدان فى جميع دول العالم .

وفى هذا الإطار تعاظمت الجهود العلمية والعملية فى **مصر** منذ عام قيام ثورة يوليو ١٩٥٢م ، وأقيمت الجمعيات المصرية لرعاية وتأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة وتنوعت جوانب الرعاية والتأهيل للمعاقين بصفة عامة

فشملت تقديم الرعاية النفسية والتربوية وتدريبهم وتوجيههم مهنيا ، وتم تقديم هذه الرعاية انطلاقا من أن الطفل المعاق قبل أن يكون معاقاً هو مواطن وإنسان لـه حقوق وعليه واجبات شأنه فى ذلك شأن المواطن العادى الذى يعيش فى مجتمع ديمقراطى يكفل الحرية الاجتماعية ويتيح الفرص المتساوية والمتكافئة أمام جميع أبناء الوطن ، ويؤمن بالقيمة الذاتية الفردية لكل فرد بغض النظر عن نواحى النقص فى شخصيته .

وتجاوز الاهتمام بالمعاقين بصفة عامة إلى درجة إدماجهم فى المجتمع ومشاركتهم فى تحقيق التنمية الشاملة ، وهذا الاهتمام والاتفاق على تقديم الرعاية لهم لا يضيع هباء وهذا يجعل الطفل المعاق مواطناً نافعاً لوطنه فيما بعد بدلا من أن يصبح عالة على مجتمعه . كما أن هذه العناية بالمعاقين فى أى مجتمع تعتبر مؤشراً لمدى تقدم المجتمع ، وهذه الرعاية المقدمة لهذه الفئة من أبناء المجتمع أمكن تحويلها من طاقة بشرية معطلة إلى قوى تتحمل دورها الاجتماعى والاقتصادى فى تقدم المجتمع ورقيه .

وأصبح الآن لوزارة التضامن الاجتماعى فى مصر دور بارز فى مجال رعاية المعاقين بصفة عامة انطلاقا من عدة مبادئ هى :

١ - أن الإعاقة موجودة فى المجتمع منذ القدم .

٢ - تقدم المساعدات فى حدود إمكانات المجتمع للفرد .

٣ - الإسلام أكد على حقوق المعاق واهتم الرسول صلى الله عليه وسلم والخلفاء بتقديم الرعاية لهم من منطلق التضامن والتكافل الاجتماعى .

٤ - تأهيل المعاق قضية قومية ومسئولية المجتمع وحق لكل معاق .

٥ - من حق المعاق احترام شخصيته وتعليمه والترفيه والترويح عنه .

٦ - احترام القيم الأخلاقية والإنسانية والاجتماعية تجاه جميع أبناء الوطن .

٧ - تأكيد الدستور على رعاية الأسرة وتأهيل المعاقين ويشمل ذلك تقديم الخدمات المتكاملة اجتماعياً ونفسياً وطبياً ومهنياً لكل من المعاق وأسرته بهدف تحقيق العدالة الاجتماعية وتحويلهم إلى طاقة إنتاجية تسهم في زيادة الدخل القومى .

كما أصبح هناك اتحاد هيئات لرعاية الفئات الخاصة والمعاقين في مصر، وهى هيئة ذات نفع عام طبقا لأحكام القرار الجمهورى رقم ٧٥٠ لسنة ١٩٦٨م ، ويضم هذا الاتحاد فى عضويته كافة الجمعيات التى تعمل فى ميدان رعاية الفئات الخاصة والمعاقين فى كل أنحاء مصر وتقدم خدماتها لكافة فئات المعاقين حيث تشمل :

- الصم والبكم وضعاف السمع .
- المكفوفون وضعاف البصر .
- المتخلفون عقلياً .
- المعاقون بدنياً .
- مرضى السرطان وأسرهم .
- مرضى روماتيزم القلب .
- مرضى الجذام وأسرهم .
- مرضى الأمراض الصدرية وأسرهم .

وتم تحديد أهداف هذا الاتحاد ومنها :

١ - تخطيط برامج الرعاية والتنمية الاجتماعية التى تنفذها الجمعيات والمؤسسات الخاصة العاملة فى ميدان رعاية الفئات الخاصة والمعاقين وفى إطار الخطة التى يضعها الاتحاد العام وفى حدود سياسة الدولة .

٢ - إجراء البحوث والدراسات المتصلة بميدان عمل الاتحاد ونشرها .

٣ - تحديد مستويات الخدمات وحدود تكلفتها فى نطاق السياسة العامة للدولة .

٤ - وضع برامج الإعداد الفنى والإدارى لأعضاء الجمعيات والمؤسسات الخاصة الأعضاء بالاتحاد .

٥ - تقييم جهود الجمعيات والمؤسسات الخاصة أعضاء الاتحاد .

٦ - إيجاد وسائل الاتصال بين الجمعيات والمؤسسات الداخلة فى نطاق الاتحاد .

٧ - القيام بالتجارب الرائدة لنمذجة الخدمات وتقديم المعونة الفنية للجمعيات والمؤسسات الخاصة الأعضاء بالاتحاد .

٨ - التوسع فى توفير الخدمات التأهيلية لكافة البيئات لإدماج المعاق فى بيئته ومجتمعه ومن خلال المنظمات التى تؤدى الخدمات لغير المعاقين كلما أمكن ذلك . وتقوم فلسفة الدمج التربوى على ابتكار بيئة مدرسية تمكن الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من العمل واللعب والحياة والتعليم مع أقرانهم الأسوياء ضمن نظام التعليم العام .

ومصر رغم تصديقها على المواثيق الدولية الخاصة بحقــوق الأطفــال المعاقين ، واهتمامها برعاية الطفولة المبكرة للوقاية والحد من الإعاقات لم تحدث التغيرات الجذرية فى رعاية هؤلاء الأطفال :

- فشعار المساواة والمشاركة الكاملة لم تتمكن السلطات التربوية من تحقيقه حيث تقوم رعايتهم على العزل بمدارس التربية الخاصة ومن ثم معاناتهم من عدم التكيف والتوافق والمشاركة داخل المجتمع .
- كما أنها لم تستفد من خبرات الأزهر الشريف فى رعاية المكفوفين بجانب أقرانهم الأسوياء ودمجهم داخل المجتمع العادى .
- كما أنها لم تتمكن من تعميم التعليم الإلزامى وإكماله لهذه الفئات والتوصل إلى توازن ملائم بين محتوى وطرائــق التربيــة الأساســية وحاجــاتهم المستقبلية .
- وعدم توفير الفرص التعليمية المتكافئة ضمن النظام التربوى العام .
- وعدم الأخذ بمبدأ جعل المعاق طبيعياً أو سوياً .

وقد يرجع السبب فى كل ذلك إلى :

- الصعوبات الاقتصادية التى تعانى منها مصر ولفترات طويلة وزيادة عدد السكان .
- قصور التشريعات الخاصة بحقوق هؤلاء الأطفال ورعايتهم المتكاملة .
- تدنى كفاءة معلم التربية الخاصة ، نظراً لقصور برامج الإعداد والتدريب

- عجز السلطات التربوية فى توفير الفرص المتكافئة فى المناطق المدنية والريفية وتجهيز مدارس التربية الخاصة بما يتلاءم وحاجات المعاقين التعليمية والاجتماعية والصحية .
- ضعف الوعى لدى الآباء بأهمية مشاركتهم فى تعليم أطفالهم ورعايتهم .
- عدم تحمل المجتمع مسئولياته فى تثقيف الآباء وتنمية الرأى العام داخل المجتمع بأهمية رعاية هذه الفئات باعتبارهم موارد بشرية غير مستثمرة، وهم فى حاجة إلى حصولهم على حقوقهم التى كفلها الدستور .

ثانياً : بعض المصطلحات المستخدمة فى مجال ذوى الاحتياجات الخاصة:

من الأمور المهمة تحديد مفهوم المصطلحات المستخدمة فى هذا المجال تجنبا للغموض والتباين فى استخدام تلك المصطلحات وبما يساعد على توفير اللغة المشتركة بين المشتغلين فى هذا المجال ، وبما يظهر الفئات التى تندرج تحت ذوى الاحتياجات الخاصة . وفيما يلى استعراض لأهم تلك المصطلحات .

أ - الأطفال غير العاديين (الشواذ) *Children of Exceptional* :

يقال مثلا عن طفل أنه شاذ *Exceptional Child* إذا اختلف كثيراً عن المعدل السوى فى أى ناحية جسمية أو عقلية أو سلوكية سواء أكان الاختلاف بالنقص أو التفوق ، وان كان الغالب فى استخدام الشذوذ أن يكون وصفا للتخلف الواضح عن بلوغ الحالة السوية .

ولذا يرى " كيرك " أن مصطلح غير العاديين من المنظور التربوى يشمل كلاً من الطفل الذى يعانى من قصورات نمائية ، وكذلك الطفل الذى يمتلك مقدرات عالية أو إستثنائية ، ولذلك فالطفل غير العادى هو الطفل الذى يختلف عن الطفل المتوسط او العادى فى الخصائص العقلية والمقدرات الحسية ومقدرات

التواصل والنمو الحركى والإنفعالى والاجتماعى والخصائص الجسمية ، وهـذه الاختلافات يجب أن تكون بدرجة يحتاج عندها الطفل إلى تعديل فى الخبرات أو الممارسات التعليمية ، وإلى خدمات تربوية خاصة ، وذلك لتنميـة اسـتعداداته الفريدة أو الخاصة .

ب - الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة *Children of special Needs* :

وهذا المفهوم يشير إلى الأطفال غير العاديين (*) بمعنـى أن مصـطلح الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة يشير إلى الأطفال الذين يختلفون عن العـادى *Normal* أو المتوسط *Average* من حيث القدرات العقلية أو الحسية أو الجسمية أو الخصائص السلوكية أو اللغوية أو التعليمية إلى درجة يصبح معها من الضرورى تقديم خدمات تربوية خاصة وخدمات مساعدة لتلبية الحاجات الفريدة لـدى هـذا الطفل .

ومن ثم فإن هذا المصطلح يطلق على الأطفـال والشـباب الموهـوبين والمعاقين *Impairment* الذين تتباين خصائصهم وقـدراتهم العقليـة والعاطفيـة والاجتماعية والبدنية عن أقرانهم العاديين ، ويحتاجون إلى مسـاعدات إضـافية وتقنيات معينة لتعليمهم .

ويقصد بذوى الاحتياجات الخاصة كما ورد بتعريف وتصنيف المـؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة ١٩٩٥م :

" كل فرد يحتاج طوال حياته إلى خدمات خاصة لكى ينمو أو يـتعلم أو يتدرب أو يتوافق مع متطلبات حياته اليومية أو الأسرية أو الوظيفية أو المهنيـة ويمكنه بذلك أن يشارك فى عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصـادية بقـدر مـا

(*) فى المؤلف الحالى نستخدم غير العاديين كمرادف لذوى الاحتياجات الخاصة .

يستطيع وبأقصى طاقاته كمواطن " . ويصنف ذوو الاحتياجات الخاصة على النحو التالى :

١ – الإعاقة العقلية *Mental Impairment*

٢ – الإعاقة البصرية *Visual Impairment*

٣ – الإعاقة السمعية *Hearing Impairment*

٤ – الإعاقة الانفعالية *Emotional Impairment*

٥ – الإعاقة الحركية *Motor Impairment*

٦ – صعوبات التعلم *Learning disabilities*

٧ – التأخر الدراسى / وبطىء التعلم *Slow Learner*

٨ – الإعاقة الاجتماعية *Social Impairment*

٩ – اضطرابات التواصل *Communication Disorders*

١٠ – الموهبة والتفوق *Giftedness and Talents*

١١ – التوحد *Autism*

١٢ – الإعاقة الصحية *Health Impairment*

١٣ – الإعاقة الحسية المزدوجة *Deaf Blindess*

١٤ – الإعاقات المتعددة *Multiple Disabilitis*

وهناك عدة اعتبارات للحكم على فرد معين بأنه من ذوى الاحتياجات الخاصة ، يعد ذلك من الأمور الأساسية التى على أساسها وضع الفرد من ذوى

الاحتياجات الخاصة ، ضمن الفئات التى تحتاج إلى الرعاية والتأهيل والتوجيه ، ومن هذه الاعتبارات ما يلى :

١ - مدى القدرة *Abilities* : أى مدى قدرته على مزاولة عمله أو القيام بعمل آخر ، وفقاً لما لديه من قدرات وطاقات واستعدادات تمكنه من مزاولـــة عمله .

- إذا ظهر النبوغ فيما يقوم به من عمل مقارنة بمن هم فى سنه اعتبر من الموهوبين .
- وإذا فقد القدرة على أداء العمل الذى كلف به مقارنة بمن هم فى سنه اعتبر من المصابين بالإعاقة .

٢ - مدى القصور أو الإعاقة *Impairment or Handicapped* : القصور الذى يتعرض له الإنسان ينتج عنه عاهات أو عجز إما أن تكون فى :

- قصور القدرات الحسية : إعاقة سمعية أو بصرية .
- قصور عصبى .
- قصور فى القوام أو الحركة .
- الأمراض المزمنة .

٣ - مدى الاضطرابات الانفعالية *Emotional Disordered* .

٤ - مدى الاضطرابات الاجتماعية *Social* .

الموهوبون Giftedness :

وهم أصحاب المواهب الذين يملكون قدرات خاصة موروثة ، واستعدادات للتفوق فى المجالات الأكاديمية ، وهذه الفئة من ذوى الاحتياجات الخاصة تشمل المتفوقين عقليا وتحصيليا .

والطفل الموهوب لا تقل نسبة ذكائه عن ١٤٠ ويتميز بصفات جسميه ومزاجية واجتماعية وخلقية ، وله ميول خصبة متعددة وواقعية ، ومثابرة ويتمتع بإرادة قوية ، وثقة بالنفس عالية ، ورغبة فى التفوق ، وتتسع دائرة تفاعله الاجتماعى .

المعاقون Impairment :

وهم فئة من ذوى الاحتياجات الخاصة ، وهم معاقون نتيجة ما يعانونه من إصابات نتيجة عوامل وراثية أو خِلْقية أو بيئية مكتسبه ، مما يترتب عليها قصور وظيفى جسمى أو عقلى يترتب عليه آثار صحيه أو اجتماعية أو نفسية تحول بين الفرد المعاق وبين التعلم واكتساب أداء بعض الأعمال والأنشطة الجسمية أو العقلية التى يمكن أن يؤديها الفرد العادى بدرجة ملائمة من المهارة والنجاح .

وهذه الإعاقة قد تكون جزئية *Partial* أو تامة *Complete* أو فى نسيج أو فى عضو أو أكثر ، كما أنها قد تكون مؤقتة *Temporary* أو دائمة *Continuing* ، كما أنها قد تكون متناقضة *Peduced* أو متزايدة *Excess* .

والكثير من المشتغلين فى ميدان ذوى الاحتياجات الخاصة لا يروق لهم استخدام كلمة الإعاقة لما تتضمنه من وصمة Stigma تصف الفرد بالعجز والقصور *Handicapped* والشذوذ وتشعره بالدونية والإحباط والإحساس بالألم

والخجل والعار ، ولذلك يستخدمون مكانها ذوى الاحتياجات الخاصة *Special Needs* .

وتختلف النظرة إلى الإعاقة بإختلاف تخصص الباحثين واتجاهاتهم الفكرية ، فالاقتصادى يركز على التكلفة والعائد من ربح أو خسارة ، وهذا يختلف عن نظرة الطبيب والمعالج النفسى والمربى الذين يعطون بدورهم أهمية للجوانب الصحية ومستوى التوافق النفسى والاجتماعى ومستوى التحصيل الأكاديمى وبما يتفق مع مجال كل منهم .

وفى اللغة " عاقة " عن الشيء ، منعه وشغله ، والمعاق فى اللغة هو الشخص الذى عاقه أو منعه المرض عن العمل .

وفى قانون الضمان الاجتماعى المعاق هو كل ذى عاهة تعجزه كليا أو جزئيا عن كسب عيشه وعيش أسرته .

ومراكز رعاية وتأهيل المعاقين تحدد المعاق على أنه الفرد الذى يتراوح عمره بين ٣ – ٢٠ سنة وتعيقه عاهته الحسية أو العقلية عن متابعة التحصيل الدراسى فى المدارس العادية وتسمح له قدراته بالتعلم والتدريب وفق أساليب خاصة .

والمعاق حسب إعلان الأمم المتحدة بشأن المعاقين : هو كل شخص لا يستطيع أن يكفل لنفسه كليا أو جزئياً ضرورات الحياة الفردية أو الاجتماعية نتيجة سبب فطرى أو تغير فطرى فى قواه الجسمية أو العقلية .

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية " المعاق " على أنه كل شخص يعانى من قصور نتيجة الإصابة بمرض عضوى أو حسى أو عقلى يعجزه عن أداء واجباته الأساسية بمفرده ، ومزاولة عمله والاستمرار فيه بالمعدل الطبيعى .

وتعرف منظمة العمل الدولية " المعاق " بأنه فرد نقصت إمكاناته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه نقصاً فعلياً نتيجة لعاهة جسمية أو عقلية .

وبناءً على ذلك يكون " المعاق " شخص لا يستطيع نتيجة لعلة مزمنة تؤثر على قدراته الجسمية أو النفسية أن يتنافس على قدم المساواة مع أقرانه فى عمله وحياته اليومية .

وتصنف الإعاقة حسب العجز إلى : إعاقة جسمية – إعاقة عقلية – إعاقة سمعية – إعاقة بصرية – إعاقة إنفعالية – إعاقة اجتماعية .

ومن التعريفات السابقة للإعاقة نلاحظ ما يلى ؟

- أن للإعاقة مفاهيم مختلفة .
- أن الفرد يعتبر معاقاً إذا فقد القدرة على مزاولة عمله أو القيام بعمل آخر.
- أن القصور قد يكون حركياً أو حسياً أو عقلياً أو وظيفياً .
- أن هذا القصور قد يؤدى إلى عاهة للفرد تعوقه عن التكيف مع مجتمعه وبيئته مما يؤثر على استقراره ونجاحه فى حياته وعلى مستوى تحصيله الدراسى.
- أن هناك أنواعاً مختلفة من الإعاقات ، كما أن هناك درجات متفاوته منها فى كل إعاقة .
- أن مصطلح المعاق لا يتضمن جميع مظاهر الإنحرافات كالتفوق العقلى والموهبة وإنما يقتصر على الإنحرافات السلبية دون غيرها .

- أن هناك مراكز رعاية وتأهيل للمعاقين بالإضافة للمؤسسات التربوية ومراكز التدريب التى تقدم خدماتها للمعاقين .
- يتوقف التقييم النهائى للإعاقة والرعاية المقدمة للمعاقين على القيم الاجتماعية السائدة فى المجتمع .

المعرضون للإعاقة *High Risk* :

وهم الأطفال الذين تزيد احتمالات حدوث الإعاقة أو التأخر النمائى لديهم عن الأطفال الآخرين ، بسبب تعرضهم لعوامل خطر بيولوجية أو بيئية مثل الاضطرابات الوراثية والاختناق أثناء الولادة والأمراض المزمنة وتدنى الوضع الاقتصادى الذى يؤدى إلى ضعف البنية والإصابة بالأمراض وهذا يؤكد أن الإعاقة ظاهرة بيئية *Ecological* .

ثالثاً : التربية الخاصة *Special Education* :

١ - مفهوم التربية الخاصة :

كل الجهود والخدمات المنظمة والمتخصصة التى تبذل فى رعاية وتعليم وتأهيل وتشغيل ذوى الاحتياجات الخاصة بهدف حمايتهم وتوفير الحياة الإنسانية الكريمة لهم ، وتنمية استعداداتهم وقدراتهم ومهاراتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية إلى أقصى وسع لها ، وإعدادهم للحياة الاجتماعية العادية معتمدين على أنفسهم كليا أو جزئيا بحسب ما لديهم من استعدادات ، وتأهيلهم ليحصلوا على عمل يعولون به أنفسهم ، ويشاركون بجهودهم فى تنمية مجتمعهم .

وعليه فإن التربية الخاصة تشمل كل الخدمات المنظمة والمتخصصة التى تقدم للأطفال المعاقين بهدف سد حاجاتهم وتنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن ومساعدتهم على التكيف وتحقيق ذواتهم .

ولذلك فهى رعاية للمعاق من جميع النواحى الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية والتربوية والمهنية من أجل إعداده مواطناً صالحاً لنفسه وأسرته ومجتمعه ، كل ذلك فى حدود ما تسمح به قدراته واستعداداته . وتستخدم فى ذلك العديد من البرامج فى الأسرة والمراكز المتخصصة ، ويسهم فيها الآباء مع فريق التربية الخاصة .

كما أن تطور مفهوم الإعاقة والتصنيف لذوى الاحتياجات الخاصة أدى إلى تغير كيفية الفحص ولم يعد يتمثل فى التصنيف بقدر استهدافه لوصف احتياجات كل واحد وتحديد ما ينبغى الاحتياط له ، لمواجهة هذه الاحتياجات ، كما أنه أصبح الاهتمام منصبا على تقديم تشكيله كاملة من الخدمات المختلفة لكل من له احتياجات خاصة ، والاتجاه نحو السواء للاعتقاد بأنه ليس من المعقول أن ينمو السلوك السوى إذا نشأ الفرد فى بيئة غير سوية .

٢ - الاتجاهات الحديثة فى التربية الحديثة :

وتتلخص أهم الاتجاهات فى التربية الخاصة الآن فى :

- مساعدة ذوى الاحتياجات الخاصة على ممارسة حياتهم اليومية مثل العاديين بأقصى ما تمكنهم قدراتهم وظروفهم الاجتماعية .
- التدخل المبكر بغرض الحد من التعرض للإعاقة وتوفير الرعاية المناسبة لهم ولأسرهم .
- التحول فى تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة من التعليم الخاص إلى التعليم العادى ، وعدم عزلهم عن أقرانهم العاديين فى المدرسة إلا عند الضرورة .
- زيادة فرص تشغيل ذوى الاحتياجات الخاصة بعد تأهيلهم على مهن مناسبة لهم ويكون المجتمع فى حاجة لها وتشجيعهم على العمل مع العاديين .

- التوسع فى تدريب الآباء على رعاية أبنائهم من ذوى الاحتياجات الخاصة.
- زيادة التعاون بين البيئة والمدرسة فى تعليم وتأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة.
- تعديل اتجاهات الناس نحو ذوى الاحتياجات الخاصة ، وزيادة البحوث العلمية فى هذا الميدان .

٣ - محددات التربية الخاصة :

يتحدد مستوى التربية الخاصة المقدمة لذوى الاحتياجات الخاصة فى المجتمع بعدة عوامل منها :

- المستوى الثقافى والاقتصادى الذى وصل إليه المجتمع .
- التقدم العلمى والتكنولوجى الذى وصل إليه المجتمع
- توفير فرص التعليم والتدريب والعمل للأشخاص العاديين فى المجتمع .
- موقف المجتمع من المعاقين .
- تبنى الشخصيات البارزة فى المجتمع لهذه المشكلة .

٤ - المبادىء العامة للتربية الخاصة :

تطورت الخدمات الخاصة المقدمة لذوى الاحتياجات الخاصة تطوراً هائلاً فى الفترة الأخيرة ، وأصبحت هناك برامج متكاملة لكل فئات ذوى الاحتياجات الخاصة ، ولا تقف هذه البرامج عند حد العلاج والتأهيل بل انطلقت إلى آفاق أوسع إلى الوقاية من الإعاقة فى شتى صورها ومختلف آثارها على الطفل بشكل مبكر .

وتقوم تربية ذوى الاحتياجات الخاصة على مجموعة من المبادىء الرئيسة الواجب مراعاتها وأخذها فى الاعتبار عند تقديم الخدمات الخاصة لهم ، فهى تحكم وتوجه رعايتهم وتعليمهم وتأهيلهم وتشغيلهم ، وهذه المبادىء هى :

١ - الخدمات الخاصة حق أصيل ومستمر وواجب على الدولة لذوى الاحتياجات الخاصة ، كفلته الشرائع السماوية ومبادىء حقوق الإنسان فى المساواة وتكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع ، وذلك لتنمية قدراتهم واستعداداتهم ليصبحوا قادرين على إعالة أنفسهم والمشاركة فى الحياة الاجتماعية وتطوير مجتمعهم .

٢ - الخدمات الخاصة خدمات متكاملة وشاملة تستهدف جوانب شخصية ذوى الاحتياجات الخاصة الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية ، وتقدم فى مراحل العمر المختلفة ، وتقدم بما يتفق مع احتياجات الفرد وأسرته ومدرسته وبيئته ، وتتضافر جهود الجهات المشاركة فى تقديم هذه الخدمات من أجل الرعاية المتكاملة لذوى الاحتياجات الخاصة .

٣ - الخدمات الخاصة تقدم بواسطة فريق متعدد التخصصات ، فالخدمات الخاصة متنوعة وتقدم من جهات متعددة ، ولذلك فإن الأمر يحتاج إلى فريق متكامل متعدد التخصصات يشمل : الأطباء ، الإخصائيين النفسيين والاجتماعيين ، والمعلمين ، وإخصائى التأهيل ، والمدربين المهنيين ، وإخصائى التشغيل ، والوالدين ... وغيرهم . وكل هؤلاء يعملون فى ظل التكامل والتنسيق وتبادل الخبرات والمعلومات فى مراحل التشخيص ووضع البرامج وتنفيذها ومتابعتها بما يحقق الفائدة المرجوة .

٤ - ضرورة تقديم الخدمات الخاصة للإعاقات البسيطة كوجوبها للإعاقة الشديدة ، وذلك لمنع مضاعفات الإعاقة .

٥ - الخدمات الخاصة كما تقدم لذوى الاحتياجات الخاصة تقدم لأسرهم ، لأن رعايتهم تستلزم مشاركة الوالدين فى برامج الخدمات الخاصة المقدمة لهم، لضمان نجاح هذه البرامج ، ولابد من التنسيق بين الجهات مقدمة هذه البرامج وأسر ذوى الاحتياجات الخاصة من أجل تكامل واستمرار الرعاية لهم ، وقد يكون الدعم المقدم للأسرة ضروريا لمساعدتها على مواجهة المشكلات المترتبة على إعاقة أحد أبنائها .

٦ - استنفار المشاركة الشعبية وتحقيق التكامل بينها وبين الجهود الحكومية ، نظراً لأن الخدمات الخاصة لذوى الاحتياجات الخاصة تحتاج لجهود ونفقات كبيرة ، والتنسيق مطلوب بين هذه الجهات بغرض التكامل وتحقيق الفائدة المرجوه .

٧ - العائد الاقتصادى والاجتماعى والنفسى من رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة يفوق ما ينفق عليهم من أموال وما يبذل فى سبيلهم من جهد ووقت .

ولابد أن يؤمن بهذه المبادىء المشتغلون فى ميدان التربية الخاصة وأن يبذلوا الجهد عن اقتناع ، وإقناع باقى أفراد المجتمع بتلك المبادىء ، من أجل تضافر الجهود المقدمة لهذه الفئات من ذوى الحاجات الخاصة .

وأن تقوم سياسة الرعاية المقدمة لذوى الاحتياجات الخاصة على :

- فلسفة رشيدة لا تقوم على الصدقة بل على التعاطف الواعى والتكافل الاجتماعى والأخذ بيد المعاق للسير فى ركب الحياة .
- التخطيط الواعى لمواجهه شاملة لمشكلات ذوى الاحتياجات الخاصة .
- توفير الإمكانات وتقديم التسهيلات لتنفيذ الخطط والبرامج .

- فريق عمل مؤهل ومدرب جيداً للعمل فى هذا الميدان .

٥ - أهداف التربية الخاصة :

لم تلق رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة بمختلف فئاتهم فيما مضى مثلما تلقاه الآن من عناية واهتمام ، حتى أصبح ذلك من الملامح المميزة للمجتمع ، رغبة فى تحقيق العدالة الاجتماعية وتحقيق تكافؤ الفرص والمساواة بين أفراد المجتمع مهما كانت ظروفهم الاجتماعية والاقتصادية .

وما تم تحقيقه فى مجال رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة ساعد على إظهار أهمية وضرورة تلك الرعاية ، وأكد على أن ما يبذل من جهد ومال فى هذه المجال لا يضيع هباء ، بل إنه يحقق فائدة إنسانية واجتماعية واقتصادية لذوى الاحتياجات الخاصة والمجتمع . نظراً لأن توفير الرعاية الاجتماعية والصحية لهم يخفف من حدة المشكلات التى يتعرضون لها ، ويعمل على الحد من آثارها البدنية والنفسية والاجتماعية المترتبة عليها لدى المعاق ، كما أن تأهيلهم وتشغيلهم يحولهم إلى قوة إنتاجية تساهم فى زيادة الدخل وتقدم المجتمع ، معتمدين فى ذلك على أنفسهم ، وتحقق تلك الرعاية كلها التوافق النفسى والاجتماعى لهم .

ويمكن حصر أهداف الرعاية المقدمة لذوى الفئات الخاصة فيما يلى :

- توفير فرص التعليم الخاص لفئات ذوى الاحتياجات الخاصة سواء الموهوبين أو المعاقين .
- توفير فرص التوجيه والتأهيل المهنى بما يناسب ما لديهم من قدرات .
- توفير فرص عمل وتشغيل بما يتناسب مع إمكاناتهم وتأهيلهم .
- توفير فرص الرعاية الصحية والاجتماعيه لهم ولأسرهم .

- إيقاف تيار العجز بالاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة .
- تعديل اتجاهات الرأى العام نحوهم .
- تهيئة البيئة الملائمة لنموهم النمو السليم والشامل لجوانب شخصياتهم .
- مساعدتهم على أن يصبحوا قادرين على رعاية أنفسهم وأسرهم .
- مساعدتهم على أن يصبحوا قوة إنتاجية تساهم فى تقدم المجتمع .
- مساعدتهم على التوافق الشخصى والاجتماعى .
- تهيئة المؤسسات والسكن والطرق لتناسب المعاقين .
- توفير فرص ممارسة الأنشطة الرياضية والترويح الهادف عنهم .
- توفير فرص التميز للموهوبين منهم .
- تعديل التشريعات المختلفة والنص على حقوقهم .

٦ - الصعوبات التى تواجه التربية الخاصة :

تتعدد الصعوبات التى تواجه العاملين فى مجال التربية الخاصة ومن هذه الصعوبات ما يلى :

- اتساع مفهوم الشخص المعاق ، نظراً لأن الإعاقة لا تقتصر على الإعاقة المهنية ، بل المعاق هو كل فرد يحتاج إلى عناية خاصة نتيجة لقصور بدنى أو عقلى أو حسى ، بغرض مساعدته على استغلال ما لديه من قدرات ، ومساعدته على التكيف مع نفسه وأسرته ومجتمعه .
- قصور المخصصات المالية اللازمة لتوفير الرعاية لذوى الاحتياجات الخاصة سواء الحكومية أو الأهلية .

- قصور التشريعات الخاصة بهم وصعوبة تطبيق القوانين .
- تعدد الجهات العاملة فى هذا الميدان مع غياب التنسيق بينها .
- نقص العاملين المتخصصين فى مجال التربية الخاصة .
- صعوبة توفير الإحصاءات الدقيقة لحصر فئات ذوى الاحتياجات الخاصة.
- عدم التناسب بين القدرة الاستيعابية لمراكز تقديم الخدمات الخاصة والمحتاجين لهذه الخدمات من الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة .

٧ - مهام المسئولين عن تقديم التربية الخاصة :

تتعدد المهام الملقاة على فريق تقديم التربية الخاصة ، وتختلف من متخصص لآخر ، ويمكن حصر هذه المسئوليات فى الآتى :

١ - الاعتراف بحقوق ذوى الفئات الخاصة فى الرعاية الصحية والتعليمية والاجتماعية والتأهيلية والتشغيل وفى المشاركة فى المجتمع .

٢ - وضع التشريعات الكفيلة بالوفاء باحتياجاتهم المادية والخدمات المساعدة ، والتمتع بالأمن الاقتصادى ومستوى معيشى لائق ، والحياة وسط أسرة أو أسرة بديلة .

٣ - ضرورة التأهيل والإعداد للعمل فى مجال التربية الخاصة ويشمل ذلك التدريب على التشخيص ومواجهة الإعاقة بمختلف أشكالها وآثارها .

٤ - توفير البرامج اللازمة لتقديم الرعاية لفئات ذوى الاحتياجات الخاصة .

٥ - تقديم الرعاية لذوى الاحتياجات الخاصة فى ضوء روح العصر ومتطلباته ، والطموحات فى هذا المجال .

٦ - توفير المكتبات المزودة بالمراجع والبحوث المرتبطة بهذا المجال .

٧ - التوعية بتعريف ذوى الفئات الخاصة ، وأسباب الإعاقة ، وآثارها وطرق مواجهتها والحد منها .

٨ - الاهتمام بالكشف المبكر ، والتقييم ، والتدخل المبكر من أجـل ضـمان النمو .

٩ - إجراء الدراسات فى هذا المجال وتحويل نتائجها إلى واقع تطبيقـى بمـا يخدم ذوى الفئات الخاصة .

١٠ - التنسيق والتواصل بين الجهات العاملة فى هـذا المجـال سـواء علـى المستوى العالمى أو المحلى وذلك للاستفادة من خبرة هذه الجهات وتقديم خدمة جيدة .

١١ - الاطلاع والتدريب على كل جديد فى هذا المجـال كـل علـى حسـب تخصصه .

٨ - أساليب تقديم التربية الخاصة :

يتضمن تشخيص الإعاقة تحديد الأسلوب المناسب لتقديم الرعاية للحالة ، وتوجيهها إلى المكان المناسب لذلك ، وذلك وفقاً لدرجة الإعاقة وظروفها الصحية والأسرية والاقتصادية . وفيما يلى أهم أساليب تقديم الرعاية لذوى الاحتياجـات الخاصة :

١ - الإيواء الكامل :

ويقصد به إيواء المعاق فى إحدى مؤسسات الرعاية ، التـى تقـدم لـه الرعاية المعيشية والاجتماعية والنفسية والصحية والتربوية ، ويسمح له بزيـارة أسرته وزيارة أسرته له ، ويستخدم هذا الأسلوب لرعاية المعاق عند تعذر رعايته

وسط أسرته أو تصدعها أو عجز أمه أو إصابته الشديدة التى تمنعه من قضاء حاجاته الضرورية .

وهذا الأسلوب يتميز بأنه يمكن من حماية المعاق وتنمية قدراته ونضج شخصيته من الناحية الاجتماعية ، ولكن يعاب على هذا الأسلوب بأنه مرتفع التكاليف ، وازدحام المؤسسات بما يؤثر سلباً على مستوى تقديم الخدمات وصلاحية أماكن الإيواء .

٢ - الرعاية النهارية :

يقصد بها رعاية الطفل المعاق فى مركز الرعاية النهارية ، حيث يذهب إلى المدرسة أو المؤسسة نهاراً ويعود فى المساء إلى منزله يمارس حياته العادية مع أفراد أسرته .

ويلتحق بمراكز الرعاية النهارية أطفال ذوى إعاقات مختلفة مع أطفال عاديين ، يشرف على رعايتهم فريق متخصص فى التربية الخاصة ، يقوم بإعداد برامج الرعاية المناسبة لكل طفل فترة تواجده بالمركز ، كما يقومون بإرشاد الوالدين وتأهيلهم ليساهموا فى تنفيذ البرنامج عندما يعود الطفل إليهم فى المساء أى بطريقة ثانوية لأنهم غير قادرين على الرعاية .

ويتميز هذا الأسلوب بمجموعة من المميزات منها :

- الرعاية النهارية تكسب الطفل المعاق السلوك الاجتماعى المقبول والشعور بالمسئولية تجاه نفسه وأسرته .
- هذه الرعاية تساعد الطفل المعاق على التوافق النفسى والاجتماعى فى العمل والمجتمع
- تكاليف هذه الرعاية أقل من الإيواء الكامل .

- يناسب أطفال الأسر التى لا تقدر على رعاية أطفالها بسبب الانشغال أو لكثرة الأبناء أو الجهل بالتربية وعدم الرغبة فى تعليم طفلها المعاق .

٣ - الرعاية المنزلية :

يقصد بها رعاية الطفل ذوى الاحتياجات الخاصة وهو يعيش فى أسـرته داخل منزله ، عن طريق فريق الرعاية الزائر ، الذى يقـدم الإرشـاد للوالـدين ويساعدهم فى تنفيذ برنامج الرعاية ومتابعة استفادة الطفل منه ، وهذا الأسـلوب يتوقف نجاحه على كفاءة ورغبة الوالدين فى تنفيذ البرنامج ، وكذا مدى تعاونهما مع الفريق الزائر ، ويتميز هذا الأسلوب من الرعاية بأنه :

- يقدم خدمة التربية الخاصة فى الجو الاعتيادى .
- يدعم إحساس الأسرة بمسئولياتها تجاه طفلها ذى الاحتياجات الخاصة .
- خفض الطلب على الإيواء فى دور الرعاية الاجتماعية .
- ولكن يعاب عليه عدم توافر الألعاب والتجهيزات الضرورية والمكان الـلازم لها .

ومن البرامج التى اعتمدت على هذا الأسلوب برنامج بورتـاج *Portage Project* والذى استهدف تدريب الأم للتعامل مع طفلها المعاق وإكساب سـلوكات متنوعة وزعت على مجالات متعددة : رعاية النفس ، والقدرة المعرفية ، واللغة والنطق ، والتوافق الاجتماعى ، والمهارات الحركية .

٤ - الرعاية المشتركة :

هذا الأسلوب يجمع بين الرعاية فى المركز والرعاية فى المنزل ، حيث يذهب الطفل المعاق إلى المركز ويتلقى الرعاية على أيدى متخصصين فى التربية

الخاصة ووسط أطفال عاديين ، ثم يعود فى نهاية اليوم إلى أسرته لتتم رعايته بقية اليوم وفى أيام العطلات .

ويعتمد هذا الأسلوب على إلزام احد الوالدين بالذهاب إلى المركز لملاحظة الطفل وتعلم الإجراءات التدريبية المتبعة مع الطفل لتنفيذها فى المنزل . ومن ثم فإن هذا الأسلوب من الرعاية يتميز بأنه :

- يتيح الفرصة أمام الأسرة للمشاركة فى رعاية طفلها وتوفير رعاية فردية له ، وتوفير الأمن النفسى له لتنمو شخصيته فى صورة سوية .
- يحقق رغبة الأسرة فى رعاية أبنها المعاق وتحمل مسئولية هذه الرعاية .
- هذه الرعاية تجمع بين مميزات الرعاية النهارية والرعاية المنزلية .

ومن البرامج الرائدة فى هذا الأسلوب برنامج *Peech* لرعاية الأطفال المعاقين بدرجة خفيفة أو متوسطة ومن هم فى سن الثالثة فأكثر ، حيث يقضى الطفل المعاق وبرفقته أحد والديه ٢ – ٣ ساعات بمركز الرعاية للتدريب والتعليم فى فصول بها أطفال عاديين ويشرف عليها متخصصون فى التربية الخاصة .

٥ – الرعاية اللاحقة :

يقصد بها تقديم الرعاية لخريج دور الرعاية والذى تم إلحاقه بعمل ، وذلك بهدف مساعدته على حل أى مشكلات تواجهه فى الأسرة أو العمل أو المجتمع وذلك لضمان استمرار توافقه ، وهذا نوع من استمرار واستكمال الرعاية للمعاقين ، وحتى لا تضيع الجهود السابقة هباء .

ويلاحظ أن لكل أسلوب من الأساليب السابقة والتى تتبع فى تقديم الخدمات التربوية الخاصة لذوى الاحتياجات الخاصة مزاياه وعيوبه مما يجعل من كل منها صالحا لبعض الحالات وغير صالح لحالات أخرى . كما أنها

أصبحت الآن منتشرة فى معظم بلاد العالم رغبة منها فى تحقيق وتيسير الرعاية لذوى الاحتياجات الخاصة .

٩ - مستويات برامج التربية الخاصة :

ويرى المتخصصون فى التربية الخاصة أن برامج التربية الخاصة تتدرج فى المستويات الآتية :

١ - برنامج الفصل العادى طيلة الوقت: يتلقى فيه الأطفال غير العاديين الذين يعانون من إعاقات أو لديهم مشكلات بسيطة وفقاً لهذا البرنامج خدماتهم التعليمية فى فصول دراسية عادية ، وتحت إشراف معلم عادى قادر على توفير بيئة ومواد تعليمية وإتباع طرق تدريسية ملائمة للحاجات الفردية لهؤلاء الأطفال ودون حاجة إلى مساعدة متخصصة من مستشارين أو معلمين أخصائيين فى مجال التربية الخاصة ، ويعد هذا المستوى من الخدمات أقل الأوضاع التعليمية عزلاً وتقييداً للطفل غير العادى ، حيث يكفل له أن يتعلم طوال الوقت وسط أقرانه العاديين مع الوفاء باحتياجاته الخاصة حسب حالته .

٢ - برنامج الفصل العادى طيلة الوقت مع توفير خدمات استشارية : طبقا لهذا البرنامج يتلقى الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة تعليمهم فى فصول المدارس العادية مع أقرانهم العاديين ، بحيث يكون معلم الفصل العادى مسئولا عنهم من الناحية الأكاديمية ، مع تزويده ببعض الخدمات المتخصصة فى مجال التربية الخاصة عن طريق المعلم المستشار الذى يتولى زيارة المدارس العادية التى بها أطفال غير عاديين بشكل دورى لتقديم الاستشارات اللازمة للمعلم العادى ، وتمكينه من تعديل البيئة

والمواد والطرق التعليمية المعتادة لتصبح أكثر ملاءمة للاحتياجات الخاصة لهؤلاء الأطفال .

٣ - برنامج الفصل العادى طيلة الوقت مع مساعدة متخصصين متجولين : حيث يقضى الأطفال غير العاديين معظم وقتهم فى الفصول الدراسية العادية ، ولا يتركونها سوى لفترات قصيرة يتلقون خلالها خدمات خاصة من إخصائيين مدربين فى مجالات مختلفة كالإعاقة البصرية أو عيوب النطق والكلام أو صعوبات التعلم وغيرها ؛ وينتقل هؤلاء الإخصائيون بين المدارس العادية التى بها أطفال معاقون طبقاً لجدول زمنى محدد لمواجهة المشكلات وعلاج الصعوبات التى يعانى منها أولئك الأطفال ، ولا يمكن للمدرس العادى معالجتها ، ويستعين الإخصائيون فى ذلك بالأجهزة والمواد والأدوات والطرق الخاصة ، كما يعملون مع الأطفال فرادى أو من خلال جماعات محدودة العدد فى مكان ملائم كالمكتبة أو غرفة الإخصائى النفسى أو الاجتماعى ، أو غرفة خاصة معدة لهذا الغرض .

٤ - برنامج الفصل العادى مع الاستعانة بخدمات غرفة المصادر : طبقا لهذا البرنامج ينتظم الطفل المعاق غير العادى فى فصل دراسى عادى فى مدرسة عادية بحيث يمكن له الانتقال من الفصل العادى لفترات محددة متفاوتة يومية أو أسبوعية – حسب حاجته – إما منفرداً أو ضمن مجموعة، إلى غرفة خاصة داخل مدرسته أو على مستوى الحى يطلق عليها غرفة المصادر يتلقى فيها تعليما ومساعدات أكاديمية ومهارية وتوجيهية متخصصة ملائمة لإعاقته ، عن طريق معلم متخصص وذلك

عندما يعجز المدرس العادى عن توفير الخدمات ، أو تقديمها له ضمن نشاطات الفصل العادى .

٥ - تعليم الطفل غير العادى فى فصل عادى بالإضافة إلى فصل خاص يومياً: يصلح هذا البرنامج لإعاقات أكثر حدة تحتاج إلى خدمة تعليمية خاصة مستمرة ، بحيث يمكن للطفل الذى يعانى من هذه الإعاقة أن يتلقى بصورة يومية جزءاً من تعليمه مع الأطفال العاديين فى مواد دراسية وأنشطة معينة ، وينتقل فى الجزء الآخر من اليوم إلى فصل خاص بالمدرسة ذاتها لدراسة بعض الموضوعات أو المواد الدراسية التى لا يمكنه – أو يصعب عليه – دراستها مع الأطفال العاديين لعدم استطاعته مسايرتهم فى ذلك ، إما لمحدودية قدراته العقلية أو لبطء معدل تعلمه مثلما هو الحال بالنسبة للمتخلفين عقلياً القابلين للتعلم .

٦ - تعليم الطفل غير العادى فى فصل خاص فى مدرسة عادية طيلة الوقت : فى بعض الحالات التى تبلغ فيها درجة التباعد بين أداء الطفل العادى وغير العادى حداً كبيراً تكون الفصول الخاصة أمراً لا مفر منه ، كما هو الحال بالنسبة للصم والمتخلفين عقلياً بدرجة شديدة ، حيث يستلزم الأمر أن يقضى أمثال هؤلاء الأطفال – من كل فئة متجانسة – كل يومهم الدراسى فى فصول خاصة – داخل المدرسة العادية – ليتعلموا وفق برامج خاصة أعدت لهم تحت إشراف معلم متخصص ، ويعد هذا البرنامج أكثر تقييداً للطفل غير العادى من البرامج سالفة الذكر ، إلا أن الفرص فيه مازالت متاحة للاحتكاك والتفاعل فيما بينه وبين أقرانه العاديين الذين يتلقون تعليمهم فى المدرسة نفسها خلال فترات الراحة وأثناء ممارسة النشاطات المدرسية غير الأكاديمية .

٧ - تعلم الطفل غير العادى فى مدرسة خاصة نهارية : فى هذا البرنامج يتلقى الطفل غير العادى تعليمه وتدريبه فى مدرسة خاصة مستقلة عن مدارس العاديين ، وغالباً ما تكون هذه المدرسة ذات تجهيزات وبرامج تعليمية وتدريبية تختلف باختلاف نوعية الانحراف أو الإعاقة التى يعانى منها الأطفال الذين يستفيدون من خدماتها ، فهناك مدارس خاصة بالصم وأخرى بالمتخلفين عقلياً وأخرى بالمضطربين سلوكياً ، هذا يعنى أن تلك التجهيزات والبرامج يتم تنظيمها وإدارتها بما يفى باحتياجات كل فئة ومن ثم فإن هذه المدارس تختلف عن مدارس العاديين ، فمن أهم ما تشتمل عليه إلى جانب البرامج والمواد والأجهزة وبعض الخدمات الخاصة الأخرى كالعلاج الطبيعى وورش التدريب المهنى ، كما صمم هذا البرنامج بحيث يقضى الأطفال غير العاديين يومهم فى هذه المدارس ويعودون إلى بيوتهم فى نهايته .

٨ - إقامة الطفل غير العادى فى مدرسة داخلية : هذا البرنامج من أكثر الأوضاع التعليمية عزلا للطفل عن بيئته الطبيعية العادية ، وغالباً ما يزيد من وطأة شعور الطفل بإعاقته ويؤكد عليها ، وبالرغم من هذه المآخذ يعد أكثر البرامج صلاحية لبعض الحالات التى يبدو معها الوالد غير قادرين على مواجهة متطلباتها ، إذ تستلزم رعاية مستمرة وإمكانات علاجية لا يتسنى لهما توفيرها ، وتتضمن خدمات المدرسة الداخلية كل وجوه الرعاية من مأكل وعلاج وخدمات نفسية واجتماعية وبرامج تعليمية ، ويعتبر هذا البرنامج من أكثر البرامج صلاحية بالنسبة للأطفال ذوى الإعاقات الحادة ، والاضطرابات الإنفعالية والجانحين والعدوانيين ، ويساعدهم هذا البرنامج على زيادة استبصارهم وتنمية اعتبارهم لذواتهم

كما تتضمن رعايتهم تعريضهم لبرامج خاصة لتعديل السلوك وإعادة تنظيمه ، وإكسابهم عادات جديدة بصورة تدريجية .

٩ - تلقى الخدمات التعليمية والعلاجية فى المنازل أو المستشفيات والمراكز العلاجية : وهذا المستوى من البرامج يناسب الإعاقة الحادة أو المتدهورة بدرجة شديدة تستلزم رعاية طبية واجتماعية بصورة مستمرة ولفترة طويلة ، وقد تكون متصلة ، هذه الرعاية قد تكون فى المنزل لصعوبة توفيرها فى المدرسة الداخلية ، وقد لا يتسنى تقديمها إلا فى مستشفى أو مركز علاجى متخصص ، كما تتطلب مثل هذه الحالات خدمات تعليمية لتجنب ما قد يترتب عليها من تخلف وتأخر دراسى ، وتقدم هذه الخدمات من خلال زيارات المدرسين والخبراء المتنقلين لتلك المستشفيات والمراكز لمدة محدودة يومياً ، أو عن طريق فصول خاصة يعمل بها معلمون متخصصون بالمستشفيات الكبيرة .

الفصل الثانى
التدخـل

أولاً : مقدمة .

ثانياً : مفهوم التدخل المبكر .

ثالثاً : مراحل عملية التدخل المبكر .

رابعاً : مبررات التدخل المبكر .

خامساً : مبادىء عملية التدخل المبكر .

سادسا: أهداف التدخل المبكر .

سابعاً : متطلبات نجاح التدخل المبكر .

ثامناً : نماذج التدخل المبكر .

تاسعاً : عوامل تفضيل برنامج التدخل .

عاشراً : شروط قبول طفل ببرنامج للتدخل المبكر .

حادى عشر : مكونات برنامج التدخل التربوى الفعال .

ثانى عشر : مجالات وأساليب التدخل المبكر .

ثالث عشر : شروط نجاح برنامج التدخل .

رابع عشر : الفريق المشارك فى برنامج التدخل .

الفصل الثانى

التدخل Intervention

أولاً : المقدمة :

أخذت المسئولية الاجتماعية والإنسانية تجاه ذوى الفئات الخاصة أشكالاً مختلفة خلال الأزمنة السابقة ، فتشير الدراسات الأنثروبولوجية إلى أن الأغريق والرومان عاملوا المعاقين معاملة قاسية وكانوا مكروهين من ذويهم ، ولكن فى مصر القديمة اعتبر المصريون القدماء أنفسهم مسئولين عن تحقيق الرفاهية للمعاقين ، ووجد ذلك مكتوباً على أوراق البردى ، ومنقوشاً على الآثار المصرية.

وفى عصر الديانات السماوية ، نجد أنها حثت على التراحم ومساعدة الضعفاء ، وظهر نظام الوقف فى مصر الذى مكن من تقديم الخدمات الطبية والمساعدات المالية للمرضى والمعاقين ، وحث الإسلام على رعاية المعاقين ابتغاء مرضاة الله ، وحظى المعاقون بإهتمام كبير من الدولة ، فأنشأت مستشفيات الطب النفسى ، وظهر أطباء ذوى نزعة إنسانية اهتموا برعاية المعاقين .

وفى القرن الحالى يتحمس علماء النفس وعلماء الاجتماع وعلماء الطب وعلماء التربية للمناداة برعاية ذوى الاحتياجات الخاصة وتنمية قدراتهم العقلية ومهاراتهم الحسية والعمل على تنمية نضجهم الاجتماعى إلى أقصى درجة ممكنة.

ورغم أنه يصعب تتبع نشأة برامج التدخل لرعاية ذوى الاحتياجات الخاصة ، نظراً لأن مصطلح التدخل كان مستخدماً فى العلوم الطبية والجراحية منذ وقت طويل ، ولكن بتتبع برامج التربية الخاصة فى النصف الثانى من القرن

العشرين ، نجد أن مصطلح التدخل استخدمته لجنة البيت الأبيض للتخلف العقلى عام ١٩٦١م عندما أثار " وليم ويلكوس " مشكلة انتشار ظاهرة التخلف العقلى فى قطاعات المجتمع الأمريكى التى تشترك فى خصائص منها انخفاض مستوى التعليم وانخفاض الدخل وفقدان الوعى الصحى والاجتماعى ، ونادى بضرورة رسم خطط للتدخل المبكر وتقديم الحلول السريعة ، لمواجهة ظاهرة الإعاقة .

ونشأت عدة برامج تدخل فى أوائل الستينات من أشهرها هيدستارت *Headstart* وهوب *Hope* وغيرها من البرامج وأشرفت عليها وكالات متخصصة فى أمريكا ، وانتشرت فى أوربا منذ السبعينات وحتى الآن .

وتطورت الخدمات التى تقدم لذوى الاحتياجات الخاصة تطوراً هائلاً فى السنوات القليلة الماضية ، وأصبحت هناك شبكات متكاملة من البرامج المختلفة ولمختلف الإعاقات فى كل أنواعها ودرجاتها ، والأمر أصبح الآن لا يقف عند حد تقديم الرعاية الطبية والنفسية ، بل إمتد إلى التعليم والتأهيل ، وتخطى هذه الحدود أيضا إلى الوقاية فى شتى صورها ومختلف آثارها على المعاق .

وأصبح التدخل المبكر *Early Intervention* من السمات البارزة فى رعاية المعاقين فى الربع الأخير من القرن العشرين ، وأخذت دول كثيرة بهذا الأسلوب فى الوقاية من الإعاقات ، ولم يعد من المعقول تأخير رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة والمعرضين للإعاقة إلى سن متأخرة .

وتشهد رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة فى الدول العربية بصفة عامة تقدماً ملحوظاً منذ عام ١٩٨١م (العام الدولى للمعاقين) ، حيث تبذل الحكومات والمنظمات الأهلية جهداً كبيراً فى سبيل إنشاء ودعم وانتشار المراكز التى تعمل على تقديم مختلف الخدمات لذوى الاحتياجات الخاصة ، وتثقيف وتوعية الشعوب

للوقاية من الإعاقة ، وإعداد الكوادر المتخصصة للعمل فى مجـال رعايـة ذوى الاحتياجات الخاصة .

ثانياً : مفهوم التدخل المبكر *Early Intervention* :

قبل أن نعرض مفهوم التدخل المبكر نود أن نشير سـريعاً إلـى عمليـة التعرف المبكر كخطوة سابقة لعملية التدخل المبكر ، وممكنة لاتخاذ قرار بعملية التدخل من أجل تقديم الرعاية لذوى الاحتياجات الخاصة والحد من الإعاقة .

يقصد بالتعرف المبكر كل ما يبذل من جهود من قبل المتخصصين بهدف اكتشاف أوجه الخلل أو القصور وتحديدها سواء فى نمو الطفل قبل وبعد ولادتـه أو فى بيئته الأسرية أم فى كليهما ، والتى يخشى أن تؤدى إلـى صـعوبات أو مشكلات نمائية حالية أو أخطار مستقبلية محتملة ، وتحد من مقدرته على القيـام بوظيفة أو أكثر من الوظائف الأساسية اللازمة للحياة اليومية والتوافق بمجالاتـه ومستوياته المختلفة .

ولا شك أن التقدم العلمى والتكنولوجى أدى إلى التوصـل إلـى وسـائل تشخيصية فى مراحل مبكرة تمكن من التدخل المبكـر ، والحـد بفاعليـة مـن الأمراض الوراثية المزمنة وذلك بعد الإخصاب أو أثناء الحمل والولادة وبعدها .

ومن المؤشرات الدالة على الإعاقة أو التعرض للإعاقة مايلى :

- الإعاقات لدى الوالدين .
- الفقر والتفكك الأسرى .
- انخفاض المستوى الثقافى والاجتماعى والاقتصادى للوالدين .
- الولادة قبل الأوان مع نقص الوزن .

- بطء الطفل فى الحركة والكلام والمشى .

وعملية التعرف والتشخيص المبكر على المسببات الوراثية والبيئية للإعاقات تمكن من إعداد الخطة المناسبة للتدخل الملائم للحالة وبما يتفق مع التقاليد والأخلاق والدين ويشمل ذلك :

- وضع خطة وقائية تشمل الفحص قبل الزواج وبعد الحمل والولادة .
- وضع خطة توعية صحية ووقائية لأفراد المجتمع .
- توفير خدمات الإرشاد الوراثى الوقائى لأفراد المجتمع .

ويتم التعرف على الأطفال المعاقين أو المعرضين للإعاقة بإحالتهم لبرامج التدخل عبر مراحل هى :

- إحالة الطفل إلى طبيب الأطفال أو الأعصاب أو العيون أو الأنف والأذن والحنجرة .
- تطبيق الاختبارات الكشفية السريعة على الأطفال المحالين لمعرفة مواطن الضعف فى نموهم العقلى والحركى والحسى والسلوكى .
- إجراء اختبارات تشخيصية متنوعة عليهم .

وفى ضوء ما سبق تتخذ القرارات المناسبة لعملية التدخل المبكر .

ومن الأدوات المستخدمة فى عملية التعرف والتشخيص والتقويم ما يلى :

- بطارية كوفمان لتقييم الأطفال .
- مقاييس ماكارثى لقدرات الطفل .
- مقياس وكسلر للذكاء .

- اختبار بيودى للذكاء المصور .
- مقياس الشخصية للأطفال متعدد الأوجه .
- اختبار السلوك التكيفى *A.B.S*

وعملية التعرف المبكر على الطفل المعاق فى سن ما قبل المدرسة يراعى فيها عدة اعتبارات مهمة هى :

١ - أن يكون التركيز على الوظائف الحالية والتعرف على المشكلات التى يمكن الوقاية منها وليس الاهتمام بالتنبؤ بالصعوبات المدرسية المقبلة .

٢ - استخدام معايير النمو العادى كمحدد لتحديد حاجة الطفل المعاق من الخدمات الخاصة .

٣ - عملية التقييم للبرامج تشمل أبعاد متعددة لنمو الطفل وسلوكه .

ويرى فاروق صادق أن " **التدخل** "يقصد به أن يقوم الإخصائى أو الإخصائيون بالتعامل مع مشكلة تعوق الطفل من تحقيق ذاته أو إمكاناته فى التكيف مع الزملاء أو الكبار ، وبحيث يؤدى هذا التدخل فى النهاية إلى اختفاء المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية فى حياة الطفل الأسرية والمدرسية والتوافقية مع المجتمع .

ويقصد " ***بالتدخل المبكر*** " فى رعاية المعاقين تلك الجهود التى تبذل فى تحديد الأطفال المعرضين للإعاقة ***At-Risk Children*** ، قبل وأثناء وبعد الولادة ، وجهود الإخصائيين فى تشخيص الأطفال المعاقين فى مرحلة الرضاعة وتوفير الرعاية لهم ولأسرهم فى سنوات الطفولة المبكرة ، وبخاصة فى سن من الولادة حتى خمس سنوات .

وبذلك يكون التدخل المبكر بهدف تنمية المعرضين للإعاقة ، ووقـايتهم من العوامل التى تعوق نموهم ، ووقايتهم من أن تسوء حـالاتهم بسـبب جهـل أسرهم وسوء معاملتهم فى مرحلة الطفولة المبكرة .

ويرى القريطى إن "*التدخل المبكر*" يعنى تلك الإجراءات الهادفة المنظمة المتخصصة التى يكفلها المجتمع بقصد منع حـدوث الإعاقـة أو الحـد منهـا ، والحيلولة دون تحويلها فى حالة وجودها إلى عجز دائم ، وكذلك تحديـد أوجـه القصور فى جانب نمو الطفل الصغير، وتوفير الرعايـة العلاجيـة والخـدمات التعويضية التى من شانها مساعدته على النمو والتعلم ، علاوة على تدعيم الكفاءة الوظيفية لأسرته ، والعمل على تفادى الآثار السلبية والمشكلات التى يمكـن أن تترتب على ما يعانيه الطفل من خلل أو قصور فى نموه وتعلمـه وتوافقـه ، أو التقليل من حدوثها ، وحصرها فى أضيق نطاق ما أمكن ذلك .

ومن ثم فإن "*التدخل المبكر*" هو تدخل سريع وعاجل قبل تفاقم الإعاقة ، ويساعد على تطور الطفل ، كما أنه يشير إلى تلك الإجراءات والممارسات التى تهدف إلى معالجة مشاكل الأطفال المختلفة ، مثل تأخر النمو ، والإعاقة بأنواعها المختلفة ، والاحتياجات الخاصة ، بالإضافة إلى توفير احتياجات أسـر هـؤلاء الأطفال من خلال تقديم البرامج الإرشادية والتدريبية ، فهو نظام لـدعم الأسـرة التى بها طفل معاق أو يتوقع أن يكون فيها ذلك الطفل .

ومما سبق يتضح أن "*التدخل المبكر*" يعنى التدخل العاجل قبل ظهـور الصعوبات ، وذلك لمساعدة الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة وأسرهم . فهو نظام خدمات تربوى وعلاجى ووقائى يقدم للأطفال منذ الأيام أو الأسابيع الأولى بعد ولادتهم وخاصة لمن هم فى خطر حسب المنظور الطبى الذى يعتمـد علـى التاريخ الأسرى ، ومسار الحمل ، وحالة الولادة وما بعدها فى تحديـد ذلـك .

وأسباب التدخل المبكر عديدة ومتنوعة فى شكلها ونوعها وحدتها وتوقيتها ، ولكل مميزات خاصة .

ويرتبط التدخل المبكر باكتشاف الإعاقة بعد حدوثها بأسرع مـــا يمكـــن معتمداً على تقييم الحالة بالكشف النمائى والاختبارات البيئية والصحية والوراثية والنفسية وغيرها ، ويتم التقييم بعد وجود إشارات محدودة دالة علـــى الحالـــة أو احتمال حدوثها لأسباب واضحة . إن أهمية التدخل المبكر فى الفترة الحرجة من نمو الطفل تعطى فرصة كبيرة للوقاية من تطور مشكلاته والتقليل مـــن آثارهـــا السلبية فى حياة الطفل الأسرية والمدرسية والتوافقية ، كما يتضمن التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية ونفسية واجتماعية وتربوية وتأهيلية وتشغيلية .

ويفضل أن يبدأ التدخل المبكر منذ مرحلة ما قبل الزواج من خلال عملية الإرشاد الوراثى وفحص المقبلين على الزواج ، إلا أنه غالبا ما يبدأ منـــذ بدايـــة فترة الحمل أو من لحظة ميلاد الطفل ويستمر حتى سن الخامسة وتشمل بـــرامج التدخل المبكر فى مجملها عدة أنواع هى :

١ - برامج متمركزة حول الطفل .

٢ - برامج متمركزة حول الأسرة .

٣ - برامج تدخل مجتمعية .

وتقدم خدمات التدخل المبكر لثلاث فئات من الأطفال وهم :

١ - الأطفال فى حالة الخطر البيولوجى .

٢ - الأطفال فى حالة الخطر البيئى .

٣ - الأطفال المتأخرين نمائياً .

وأصبحت خدمات التدخل المبكر تغطى عده مجالات منها :

١ - مجال رعاية نمو الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة .

٢ - مجالات تقييم حالات ذوى الاحتياجات الخاصة .

٣ - مجال رعاية أسر الأطفال المعرضين للأخطار النمائية وذوى الاحتياجات الخاصة ، ويشمل ذلك الكثير من أشكال الدعم .

ثالثاً : مراحل عملية التدخل المبكر :

وعملية التدخل المبكر وما تتضمنه من اتخاذ قرارات وتقـديم خـدمات متدرجة تأخذ مراحل متتابعة يمكن عرضها مرتبة وملخصة فيما يلى :

١ - المسح أو الفرز الأولى للحالات المعروضة لأخطار الإعاقة أو التى يشك فى أنها تعانى من خلل أو قصور ما أو التى يكون أداؤها الوظيفى أقـل من المستويات المتوقعة فى ضوء معايير النمو العادية ، وهذا يحتاج إلى:

- توفير وسائل وأدوات المسح الأولى الشامل .
- تدريب العاملين فى برامج الكشف المبكر .
- تكرار البرامج المسحية على فترات منتظمة .

٢ - التشخيص أو التقييم الدقيق لحالة الطفل وتحديد مواطن القوة والضـعف وتحديد نوعية ودرجة القصور ، ومن الاعتبارات الواجب أخذها هنا فى الاعتبار مايلى :

- التركيز على التعرف على المشكلات التى يمكن الوقاية منها .
- استخدام معايير النمو العادى كمحك لتحديد احتياجـات الطفـل مـن خدمات التربية الخاصة .

- الإفادة من الوالدين كمصادر جيدة للبيانات .
- عدم التركيز على القياس الوصفى الكمى للسلوك وإغفال متغيرات التفاعل البيئى الاجتماعى .

٣ - تقييم حالة الأسرة الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية والثقافية .

٤ - تقدير الاحتياجات الخاصة لكل من الطفل وأسرته ومن ثم الخدمات اللازمة .

٥ - تحديد أهداف التدخل ومواصفاته ونوعه وأسلوبه .

٦ - تخطيط التدخل الخاص ورسم البرنامج المطلوب للرعاية فى ضوء احتياجات الطفل وأسرته .

٧ - التقويم المرحلى والمراجعة المستمرة أثناء البرنامج وبعده للوقوف على مدى فاعلية البرنامج فى تحقيق النمو للطفل وتعديل سلوكه ، والاهتمام بالتغذية الراجعة لكل المشاركين فى البرنامج للوقوف على مدى تحقيق أهداف البرنامج .

ومن النماذج المشهورة والمستخدمة فى تقييم الأطفال ، واتخاذ القرار بحاجتهم إلى الحصول على خدمات التربية الخاصة نموذج " آيوا " لتقييم الأطفال ، وهو يتضمن مجموعة من الإجراءات أو المراحل لاتخاذ قرار بتقديم الخدمة الخاصة للأطفال ، وهذه المراحل هى :

١ - تقييم تكيف الطفل فى الفصل والبيت :

وذلك بإجراء تقييم غير رسمى بواسطة الوالدين والمعلم أو من يتأثر بمشكلة الطفل ، عن طريق الملاحظة ومقاييس الأداء الأكاديمى ، ومحاولة تعديل

سلوك الطفل وتشجيعه ، ومتى استجاب الطفل لهذه التعديلات فلا تكــون هنـــاك حاجة لاتخاذ خطوات أخرى .

٢ - أنشطة ما قبل التحويل :

وهذه الخطوة يتم نقل الطفل إليها متى لم نجد النجاح اللازم فى الخطـــوة السابقة ، والهدف منها عدم التسرع فى وصم الطفل بأنه معاق وتجنيبه الحاجـــة للتحويل ، ويشارك فى ذلك فريق ما قبل التحويل الذى يتكون من إدارة المدرسة، والمرشد ، والإخصائى الاجتماعى والنفسى ، والمعلم ، والوالدين ، والـــزملاء ، ومن أمثلة الأنشطة التى تمارس قبل التحويل ، ما يلى :

تغيير تنظيم غرفة الدراسة ، نقل التلميذ إلى مجموعة أكاديمية أخـــرى ، زيادة مساعدة المعلم ، إيجاد نظام تعزيز للأداء مرغوب فيــه ، عقــد جلســـات إرشادية ، توعية الأسرة بإجراءات العلاج والحصول على الخدمات الخاصة من أماكنها ، وكل ذلك يتم فى إطار الخدمات العادية وفى نطاق الفصل العادى .

٣ - التحويل لخدمات التربية الخاصة :

ما لم تنجح الخطوة السابقة يتم تحويل التلميذ إلى خدمات التربية الخاصة بواسطة المعلم مع التنسيق مع إدارة المدرسة وفريق التحويل ، وموافقة الوالدين ، وبعد وصف المشكلة وأداء التلميذ الأكاديمى والاجتماعى ، وبيان ما اتخــذ مـــن إجراءات ومدى فاعليتها .

٤ - التقييم من قبل فريق متعدد التخصصات :

هذا الفريق يتكون من الوالدين ، والإدارة المدرسية ، والإخصائى النفسى والاجتماعى ، والطبيب ، والمعلم ، واستشـــارى أو معلـــم التربيـــة الخاصـــة ، وتستخدم فى ذلك أدوات مقننة (اختبارات ذكاء ،واختبارات شخصية ، واختبارات

تحصيل ...) بالإضافة إلى المعلومات المستمدة من الإخصائى والوالدين والمعلم والزملاء.

٥ - اتخاذ قرار بأهلية التلميذ لخدمة التربية الخاصة :

هذا القرار يؤخذ بناء على المعلومات التى تم جمعها من الفريق السابق ، وهذا القرار يحدد أهلية التلميذ لخدمات التربية الخاصـة وأنـه لا يسـتفيد مـن الخدمات العادية بل يلزمه خدمة تربية خاصة .

٦ - تحديد البديل التربوى المناسب :

على فريق التقييم السابق تحديد البديل التربـوى المناسـب فـى ضـوء النموذج الهرمى لتقديم خدمات التربية الخاصة ، وذلك بهدف تقديم أفضل خدمـة تربوية ملائمة لحالة الطفل ، مع مراعاة إعادة عملية التقييم وإعادة النظـر فـى البديل التربوى وفقاً لذلك .

٧ - تنفيذ البرنامج :

وهذه الخطوة تتمثل فى التنفيذ الفعلى لبرنامج خدمة التربية الخاصة مـع الالتزام بمبادىء تقديم خدمات التربية الخاصة .

رابعاً : مبررات التدخل المبكر :

للتدخل المبكر مبررات قوية يتفق عليها الباحثون والعاملون فى ميـدان التربية الخاصة ، ويمكن إيجاز هذه المبررات فيما يلى :

١ - أن التعلم الإنسانى فى السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم فى أيـة مرحلة عمرية أخرى ، وعليه فإن التدخل المبكر فى هذه المرحلة سوف يسهم بدون أدنى شك فى تنمية قدرة الطفل العقلية والحركيـة وتحسـن

سلوكة الاجتماعى والانفعالى ، وهذا ما أكدته الدراسات التى أجريت على الأطفال المعاقين فى سنوات حياتهم المبكرة ، حيث أظهرت أن لبرامج التدخل المبكر فاعلية فى إصلاح الانحرافات النمائية لدى الأطفال ، والتخفيف من تأثير حالة الإعاقة .

٢ - إن توفير برامج التدخل المبكر قد يخفف من الإعاقة أو يمنعها وبالتالى يحد من تحويل أعداد كبيرة لبرنامج التربية الخاصة مما يخفف الجهد والتكلفة المادية لتقديم خدمات التربية الخاصة ، كما أن الجدوى الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتأخر .

٣ - للتدخل المبكر أثر بالغ فى تكيف الأسرة ، وتكوين سلوكيات بناءة لديها فى تنشئة ابنها المعاق أو المعرض للإعاقة ، ويمنع من ترسيخ أنماط تنشئة غير بناءة لديها ويمكنها من المشاركة البناءة فى تقديم المعلومات الضرورية والمساهمة فى تنفيذ برامج التدخل ، وهذا يتفق مع ما أشارت إليه الدراسات من أن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط بل هو نتاج تفاعل البيئة مع شخصية الطفل وما يمتلكه من عوامل وراثية .

٤ - إن السنوات الأولى فى حياة الطفل المعاق الذى لا يقدم له برامج تدخل مبكر تعتبر سنوات حرمان وفرص ضائعة .

٥ - إن التدخل المبكر لتحقيق نمو ملائم للطفل المعاق أو المعرض للإعاقة والمبنى على فهم مبادىء النمو الإنسانى يزودهم بأساس متين للتعلم فى المدرسة الابتدائية وللعطاء الاجتماعى البناء فى المراحل العمرية اللاحقة.

ومما سبق يتضح أن التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتـــأخر ، ولذلك نجد أن كثيراً من الدول تعتبره من أوليات العمل الـــوطنى ، وســـنت لـــه التشريعات والقوانين التى تفرض القيام به وتنظمه ، كما وفرت له المخصصات المالية اللازمة ، وإعداد المتخصصين فى مجاله .

خامساً : المبادىء العامة لعملية التدخل المبكر :

التدخل المبكر من السمات البارزة فى رعاية المعاقين بصفة عامة الآن ، وأخذت به الكثير من الدول حيث لم يعد من المقبول التأخر فى رعاية المعاقين أو المعرضين للإعاقة ، وتقوم عملية التدخل المبكر على مجموعة من المبادىء هى:

١ – أهمية السنوات الخمس الأولى فى النمو عند الأطفال .

٢ – مرحلة الطفولة المبكرة سنوات تكوين لشخصية الطفل بجوانبها المختلفة وتكون أساساً للنمو فيما بعدها من مراحل النمو .

٣ – التدخل المبكر فى رعاية الطفل المعاق يحميه مما قد يحدث فى المستقبل من صعوبات بسبب التأخير في الرعاية .

٤ – التشخيص المبكر يمكن من التدخل المبكر.

٥ – مساعدة الأسر على فهم مطالب نمو الطفل المعاق أو المعرض للإعاقـــة وتقديم العون والإرشاد النفسى والتربوى الذى يسهم فى إشباع حاجـــات هؤلاء الأطفال ويحميهم من المضاعفات المترتبة على الإعاقة .

٦ – تفريد برامج التدخل : يقوم التدخل المبكر على أساس الفروق الفردية بين الأطفال فى النمو ، فكل طفل فريد في نوعه ، والبرنامج الـــذى يناســـب طفلاً قد لا يناسب غيره بنفس الدرجة ، فكل طفل فى حاجة إلى برنـــامج خاص به ، يقابل حاجاته ويناسب ظروفه الأسرية وعلى هـــذا الأســـاس

يوضع برنامج مكتوب لكل طفل يشترك فى إعداده وتنفيذه الإخصائيون ووالدا الطفل . ويتضمن عادة الآتى :

أ - مستوى نمو الطفل الحالى .

ب - الأهداف السنوية (البعيدة) والشهرية (القريبة) .

جـ - الخدمات التعليمية التى يحتاجها الطفل .

د - إمكانية استفادة الطفل من التعليم العادى .

هـ - معايير تقويم تقدم الطفل أثناء البرنامج .

و - مواعيد بدء الخدمات ومدة كل منها وأماكن تقديمها .

ز - مواعيد مراجعة البرنامج .

٧ - استخدام أساليب تدخل ديناميكية : يمكن تغيرها أو تعديلها وفقاً لتغير ظروف وسلوكيات التلاميذ .

٨ - تحقيق التواصل بين جميع الأطراف المشاركة فى البرنامج .

٩ - الأخذ بنظام تعدد التخصصات فى تقديم الخدمات الخاصة .

١٠ - توفير البدائل من الخدمات التى يمكن أن تقدم لذوى الاحتياجات الخاصة.

١١ - الوقاية جزء رئيسى من برامج التدخل المبكر .

١٢ - استخدام سياسات فاعلة فى عملية التدخل ومنظمة .

١٣ - استمرارية إعادة تقييم المعاق والخدمات المقدمة لرعايته .

سادساً : أهداف عملية التدخل المبكر :

يمكن إيجاز أهداف عملية التدخل المبكر فيما يلى :

١ - يساعد على تهيئة المناخ المناسب لنمو الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة.

٢ - التركيز على مصادر القوة عند الأطفال وإعطائهم الفرصة للعيش وذلك باستخدام الوسائل العلمية والتقنية الخاصة فى وقت مبكر ومن ثم زيادة الثقة بالنفس .

٣ - التركيز على الجودة فى الأداء العام للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة كل حسب عمره .

٤ - التقليل من أثر الإعاقات النمائية بين الأطفال .

٥ - تحضير الأطفال للنتيجة الحتمية بدمجهم مع الأسوياء .

٦ - العمل على إنشاء شبكات داعمة للأطفال وأسرهم ومن ثم كسر الحاجز النفسى مما يعود بالفائدة على الطفل بتبنى الأسرة لمشكلاته ومساعدته لحلها . [٦]

٧ - توعيه المجتمع بأهمية الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة ، وبفائدة الاستثمار فى برامج التدخل المبكر وذلك من الناحية الاجتماعية والاقتصادية .

٨ - خفض تكلفة الخدمات المقدمة من خلال تقليص عدد مراكز وفصول التربية الخاصة .

٩ - خفض الطلب على مدارس التربية الخاصة ، ومؤسسات الإيواء .

١٠ - حماية الأطفال من الإعاقة والإنحرافات السلوكية وضعف التحصيل .

١١ – يساهم فى إحداث التوافق الشخصى النفسى والاجتماعى والتربوى لهم .

١٢ – المساهمة فى تنمية المعرضين للإعاقة ، ووقايتهم من العوامل التى تعوق نموهم أو أن تسوء حالتهم بسبب جهل الأسرة بظـروفهم فـى مرحلـة الطفولة المبكرة .

١٣ – يساهم فى تحقيق التكيف الأسرى وتخفيف الأعباء المادية فى حالة وجود طفل معاق بها .

١٤ – مساعدة الأسرة على مواجهة المشكلات الاجتماعية والاقتصادية المترتبة على وجود طفل ذوى احتياجات خاصة بها .

١٥ – فوق كل ذلك هو دليل على رقى الأمة ونظرتها الشمولية لدرء مخاطر قد تؤدى إلى خسارة كبيرة فى الأنفس والأموال ... والوقايـة خيـر مـن العلاج.

سابعاً : متطلبات نجاح عملية التدخل المبكر :

يلزم لنجاح عملية التدخل المبكر ما يأتى :

١ – وجود اتجاه إيجابى لدى الوالدين تجاه الطفل المعاق أو المعرض للإعاقة.

٢ – إعداد الوالدين للتعامل المبكر مع هذا الطفل ومشاركتهم الفعالة .

٣ – إنشاء شبكة دعم وإرشاد للأسرة والطفل والمجتمع .

٤ – التشخيص الجيد لحالة الطفل وتحديد نوع ودرجة الإعاقة عنده .

٥ – إنشاء مراكز استشارية يرجع إليها الوالدان عند الحاجة .

٦ – إعداد معلمين متخصصين لعملية التدخل المبكر .

٧ - إعداد برنامج تدخل لكل حالة على حده .

٨ - التعاون بين المؤسسات الحكومية والأهلية العاملة فى مجال تقويم الخدمات التربوية الخاصة .

ثامناً : نماذج التدخل المبكر :

شهدت السنوات الأخيرة الماضية تطوير نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المعاقين أو الذين لديهم قابلية للإعاقة ، ولكل من هذه النماذج إيجابيات وسلبيات ، كما أن بعضها ملائم وذو فائدة لبعض الأطفال أو فى بعض المجتمعات عن النماذج الأخرى ، حيث إن فاعلية النموذج تتحدد فى ضوء نوع الإعاقة ودرجة حدتها والظروف التى يعيش فيها الفرد .

ويمكن تصنيف هذه النماذج بناءً على أسس منها :

أولاً : مكان تقديم الخدمة .

ثانياً : محور اهتمام البرنامج .

ثالثاً : التأثير على مشكلة الإعاقة . [١٠]

وفى الجزء التالى نذكر أهم هذه النماذج من حيث :

أولاً : مكان تقديم الخدمة :

ومن الجدير بالذكر أن أماكن تقديم خدمات التدخل المبكر قد تنوعت وتعددت ، فمنها ما يقدم من خلال المراكز المتخصصة ، ومنها ما يقدم من خلال المنزل ، ومنها ما يقدم من خلالهما معاً وفقاً لمبدأ المشاركة بين المركز والمنزل، ومنها ما يقدم من خلال المستشفيات (خاصة للحالات النمائية المستعصية والصعبة) ومنها ما يقدم من خلال وسائل الإعلام . وسوف نوضح ذلك فيما يلى:

١ - التدخل المبكر فى المركز :

وهذه المراكز إما أن تكون مركزاً أو مدرسة وللأسف أن أغلب هذه المراكز هى مراكز ربحية ومكلفة ، وكثير من الفقراء لا يستفيدون منها لأنها باهظة التكاليف ، وأعمار الأطفال المستفيدين من هذه المراكز تتراوح بين ٢ - ٦ سنة ، وتكون مدة التحاقهم بالمراكز من ثلاث إلى خمس ساعات يوميا لمدة خمسة أيام أسبوعياً ، ويتم تدريب هؤلاء الأطفال خلال هذه الفترة على جميع مجالات النمو المختلفة ، وعند تقدم الطفل يسمح له بالتفاعل مع الأقران العاديين.

ومن إيجابيات هذا النموذج :

أ - قيام فريق متعدد التخصصات بتخطيط وتنفيذ الخدمات .

ب - توفير الفرص لتوعية المجتمع المحلى بالأمور المتعلقة بالتدخل المبكر .

جـ - إتاحة الفرصة للطفل للتفاعل مع الآخرين عندما تظهر ملامح التقدم .

ومن سلبيات هذا النموذج :

أ - مشكلات توفير المواصلات من وإلى المنزل .

ب - ارتفاع تكاليف الالتحاق بهذه المراكز .

جـ - عدم مشاركة أولياء الأمور بفاعلية حيث يكون التركيز على ما يقدم من المراكز .

٢ - التدخل المبكر فى المنازل :

حيث يتم هذا التدخل فى منزل أسرة الطفل المعاق حيث تقوم متخصصة أو مربية أو معلمة أسرية بزيارة المنزل من زيارة واحدة إلى ثلاث زيارات أسبوعياً ، وأغلب التدخل المبكر فى المنازل يكون فى الريف والأماكن النائية

حيث إن عدد المعاقين قليل لقلة سكان المنطقــة ولصــعوبة المواصــلات إلــى المراكز، وأكثر اهتمام برامج التدخل المبكر فى المنازل يكون للأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين .

ومن إيجابيات هذا النموذج :

أ - غير مكلف من الناحية المادية .

ب - يوفر الخدمات للأطفال فى بيئتهم الطبيعية .

جـ - يسمح بمشاركة الأسرة الفاعلة فى برنامج طفلها .

ومن سلبيات هذا النموذج :

أ - عدم قدرة بعض أولياء الأمور على تدريب أطفالهم بشكل فعال .

ب - وضع قيود على الفرص المتاحة للطفل فى أن يتفاعــل اجتماعيــاً مــع الأقران .

جـ - وجود صعوبات للزائرات مثل استغراق الأوقات الطويلة وأيضا عدم تفهم الأهل للتعليمات بالشكل المناسب .

ومن البرامج المنزلية للتدخل المبكر :

١ - برنامج بورتج ، وهو برنامج تعليمى يهدف إلى تدريب أمهات الأطفــال ذوى الاحتياجات الخاصة الذين تتراوح أعمارهم من المــيلاد حتــى ٩ سنوات على : كيفية التعامل مع طفلها ، وهو يطبق علــى الأم والطفــل داخل المنزل ، حيث يتم زيارة الأم والطفل مرة فى الأسبوع لمدة ساعة وربع ويلائم الأطفال الذين يعانون من التأخر العقلى والحركى .

وأهداف البرنامج تتلخص فى :

- إشراك الأهل فى تدريب وتعليم المعاق على التكيف .
- تدريب الأم باستمرار على رعاية طفلها المعاق .
- تقديم مناهج تلائم الثقافة المحلية للأسرة .
- تطبيق البرنامج دون إرباك الحياة اليومية للأسرة .
- التخطيط للبرنامج فى ضوء تقييم الطفل بالتعاون مع الأسرة .
- تقديم خدمة التدخل المبكر للأسر من جميع المستويات الاقتصادية فهو مجانى.
- يستفيد منه الأطفال من الولادة حتى ٩ سنوات وكذا الأهالى والعاملون بمؤسسات التربية الخاصة .

وتتلخص القواعد الاجتماعية والاخلاقيات المهنية التى يتم الالتزام بها عند تنفيذ البرنامج فى :

- الاحتفاظ بالمظهر اللائق والمناسب أثناء الزيارات .
- أن تكون الزيارات إيجابية فى إتباع الأسلوب والطريقة .
- أن يكون مقدم الخدمة ذا آذان مصغية لسماع الأسرة .
- على الزائر احترام العادات والقيم والعرف ، وأن يتذكر دائما أنه ضيف داخل المنزل .
- من الضرورى على الزائر أن يكون موضع ثقة فى كتمان السر وحفظه .
- على الزائر انتقاء الأسلوب المناسب فى المخاطبة والتعامل .

- على الزائر أن يكون مرنا إلى حد كبير فالعمل فى المنزل يختلف عنـــه فـــى الفصل .
- يجب على الزائر أن يهيىء الجو العام للتعليم .
- سلوك الزائر محسوب عليه لأنه موضع ملاحظة آخرين .
- على الزائر تفسير وتوضيح الهدف التعليمى .
- على الزائر التنسيق وتوضيح كل ما يتعلق بالزيارة المنزلية من حيث الوقت ونوع وعدد الأنشطة التى يتم تعليمها وممارستها .
- على الزائر أن يشرك الأم فى وضع الخطة التعليمية .
- على الزائر أن يحافظ على الأدوات وذلك بوضعها فى مكان مناسب للحصول عليها حين يريد استخدامها .
- لابد من إيجاد وسيلة لشغل الأطفال الآخرين داخل الأسرة أثناء تطبيق الهدف .
- يجب تحديد كمية ونوعية الأدوات المستخدمة عند أخــذها للزيـــارة بحيـــث تتناسب مع الأنشطة .
- يجب على الزائر أن يتأكد من أن الأم أدركت عملية التعليم وذلك بعمل نموذج أمامها .
- لابد من إعلام الأسرة فى حالة أى تغيـــر يطـــرأ فـــى جـــدول الزيـــارات والأجازات.
- يجب تحديد دور الأم بشكل واضح ومفصل والرجوع للمسئولين والمختصين إذا لزم الأمر ، وتشجيع الاعتماد الذاتى للوالدين فى مساعدة الزائـــر كلمـــا أمكن.

- على الزائر احترام العلاقة المهنية على أن يخصص للعلاقة الشخصية والاجتماعية وقت ضئيل فى نهاية الزيارة .
- على الزائر أن يطمئن الأم فى حالة أى تحسن يطرأ على طفلها لأن التحسن الضئيل يقود إلى نجاح كبير وعليه مشاركة الأسرة والإحساس بها كنوع من التشجيع ودعم العلاقة بين الأم والزائر .
- على الزائر ألا يجعل نفسه محط للانتباه بالحديث عن ذاته .
- على الزائر ألا يتعدى دوره داخل المنزل .
- على الزائر ألا يتوقع الكمال من الأم وعدم الخطأ ، وعليه أن يأخذ الأمور بروية لأنه لا يوجد شخص كامل .
- على الزائر ألا يطلب من الأم عمل لا تحب القيام به .
- لا يجوز القيام بالزيارة واصطحاب زوار دون إعلام الأسرة مسبقاً بذلك.
- تمنع الضيافة وذلك لضرورة استغلال وقت الزيارة كاملاً فى التدريب .

ولقد ثبت فاعلية هذا البرنامج المنزلى للتدخل المبكر وخاصة فى الدول النامية، بالنسبة لأهالى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة وتزويدهم بالخبرات والمهارات الأساسية التى لها تأثير فى النواحى التعليمية والنمائية .

٢ - برنامج *T.D.S* وهو برنامج تعليمى للتدخل المبكر، يهدف إلى تدريب أهالى أطفال متلازمة داون (*) من سن الولادة وحتى ٣ سنوات ، ويعتمد على الآباء والأمهات فى تصميم البرنامج وتعليم الأطفال وفى تدريب بعضهم البعض وفيه تقوم إخصائية مدربة بزيارة الأسرة بعد الولادة

(*)

مباشرة ، وتصمم برنامجا بالتعاون مع الأسرة بناءً على تقييم للطفل فى المجالات الاجتماعية والإدراكية والاتصالية والعناية الذاتية ، كما ترسم خطة تعليمية يعمل الأهالى على تطبيقها مع أبنائهم ، ومراقبة تطور طفلهم ، والاتصال بالإخصائية مع كل إنجاز يحققه الطفل مما يتيح فرصة لإضافة مهارات جديدة أكثر تقدمًا .

٣ - التدخل المبكر فى كل من المركز والمنزل معاً :

يرى هذا النموذج أن الأفضل هو تقديم الخدمات للأطفال الأصغر سنا فى المنزل وللأطفال الأكبر سنا فى المراكز . وأننا قد نحتاج إلى أن نلحق الأطفال فى المراكز لأيام محددة فقط ، وتقوم الزائرة بزيارات منزلية من زيارة إلى زيارتين فى الأسبوع .

ومن إيجابيات هذا النموذج أنه يسمح بتلبية حاجات الأطفال وأسرهم بشكل كامل وبمرونة أفضل مما هو فى النماذج السابقة .

٤ - التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات :

حيث يزور أولياء الأمور المركز من زيارة إلى زيارتين فى الأسبوع ، حيث يتم تقييم ومتابعة وملاحظة الطفل ، وتدريب أولياء أمورهم على كيفية التعامل مع أطفالهم .

ومن خصائص هذا النموذج أنه :

أ - يقوم بتدريب أولياء الأمور على تقديم الخدمات لأبنائهم .

ب - يقدم فريق متعدد التخصصات خدمات للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة وفقاً لهذا النموذج عن طريق أولياء الأمور .

٥ - **التدخل المبكر فى المستشفيات :**

يستخدم هذا النموذج للحالات النمائية المستعصية والصعبة ، ويتم من خلال هذا النموذج تدريب ومعالجة الأطفال على أيدى فريق متعدد التخصصات التى يحتاجها الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة .

٦ - **التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام :**

حيث يستخدم هذا النموذج المواد المسموعة أو المواد المطبوعة (القصص ... المجلات ... الجرائد ... الخ) ، فمن خلال وسائل الإعلام يتم تدريب أولياء أمور الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة الصغار فى السن ، وإيصال المعلومات التى تستخدم فى تنمية مجالات النمو المختلفة لدى هؤلاء الأطفال .

ثانياً : من حيث محور اهتمام البرنامج :

١ - **برامج ممركزة حول الطفل :**

وهذا النوع من البرامج يهتم بحالة الطفل الراهنة ، وحالته التكوينية ، وقد تأخذ هذه البرامج الطابع الوقائى أو التعويضى أو العلاجى لجوانب طبية أو لجوانب سلوكية أو لجوانب تعليمية ، كما أنها تقدم خدمات إرشادية لذوى الاحتياجات الخاصة بهدف :

- خلق جو ودى وعلاقة ثقة بين الطفل والإخصائى .
- تبصير المعاق بقدراته وإمكاناته وكيفية استثمارها .
- التخفيف مما يعانيه من قلق وشعور بالدونية .
- تنمية ثقته بنفسه ، وتحمل الإحباطات .
- مساعدته على تقبل ظروفه النفسية والاجتماعية والصحية .

- تعديل اتجاهاته نحو نفسه وأسرته ومجتمعه .
- تنمية شعوره بالمسئولية .

٢ - برامج ممركزة حول الأسرة :

وهى تركز على الأسرة باعتبارها فى حاجة إلى دعم ومساعدة، أو كوسيط لتقديم الرعاية والعلاج للطفل ، أو كعميل ووسيط فى الوقت ذاته .

وتقدم هذه البرامج خدمات للأسرة كعميل مثل : الدعم العاطفى والاقتصادى والاجتماعى والإرشادى ، بهدف تحسين حياتها ، ومساعدتها على فهم حالة الطفل ذى الاحتياجات الخاصة ومشكلاته وتقبله ، وتحسين التفاعل بين الوالدين وهذا الطفل ، وتهيئة بيئة منزلية معززة لنموه الصحى والنفسى والاجتماعى .

وتقدم هذه البرامج خدمات للأسرة كمشارك فى رعاية الطفل ذى الاحتياجات الخاصة بجانب الإخصائى مثل :

- تطوير مهارات الوالدين فى معاملة الطفل وتعليمه .
- تعريف الوالدين باحتياجاته وسبل إشباعها .
- كيفية توفير المواقف والأنشطة التى تنمى قدراته واستعداداته وزيادة معدل تعليمه .
- إرشاد الوالدين لتقبل الحالة والتسليم بالأمر الواقع .
- تعديل اتجاهات أفراد الأسرة نحو ابنهم المعاق .
- مساعدة الوالدين على المشاركة بفاعلية فى تعليمه وتدريبه والتخطيط لمستقبله المهنى .

- إرشاد الوالدين على التعاون المستمر مع مصادر تقديم خدمات التربية الخاصة.
- التخفيف من الضغوط التى تعيش الأسرة تحت وطأتها لوجود طفل معاق بها.
- تحسين التفاعل الأسرى والتواصل مع الطفل المعاق .

وتستخدم فى كل ما سبق برامج إرشادية لمساعدة الوالدين على تصميم الواجبات التعليمية ومتابعتها ، وبرامج تدخليه تعليمية تقوم على رعاية الطفل فى كنف أسرته .

ويرجع الاهتمام المتزايد بهذا النوع من البرامج إلى أهمية البيئة الأسرية فى نمو الطفل وتفعيل دورها فى تقديم الرعاية لأبنائها ذوى الاحتياجات الخاصة نتيجة لما يلى :

- التحول من النموذج الطبى فى رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة إلى النموذج البيئى والنموذج التفاعلى الديناميكى .
- إن البيئة الأسرية هى الوسط الملائم والدائم لنمو الطفل .
- التأثير العميق للوالدين فى تعليم الطفل ذوى الاحتياجات الخاصة .
- اتجاهات الأسرة نحو المعاق لها أثر فى إدراكه لذاته وتوافقه .
- الجهد المبذول فى رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة يضيع هباء ما لم يكون مصحوباً بتدخل موازٍ ومكمل من جانب الأسرة .
- من المستحيل فهم مشكلات وحاجات ذوى الاحتياجات الخاصة بمعزل عن المتغيرات المرتبطة بالبيئة الأسرية .

ولاشك أن الخدمات المقدمة للأسرة فى مجال التربية الخاصة تبدأ منذ ميلاد الطفل المعاق أو المعرض للإعاقة ، وقد تبدأ قبل ذلك أثناء الحمل إذا تم التعرف على احتمالية وجود الإعاقة .

ومن برامج التدخل المبكر والتى تركز على الدعم الأسرى المتعلق بالخدمة الاجتماعية والعناية بالطفل والخدمات النفسية الموجهة للعائلات ذات الدخل المنخفض برنامج " ييل " *The Yale Project* وقد ركز البرنامج على مساعدة الأمهات على العمل مع أطفالهن بأنفسهن ، وأظهرت النتائج نجاح أطفال هذه الأمهات بصورة متزايدة فى المدرسة والحياة ، وأصبحت هؤلاء الأمهات أكثر تعلما وثقافة وأكثر قابلية للتوظيف والاعتماد على النفس فى شئون أطفالهن وأسرهن .

٣ - برامج تركز على دور المؤسسات المجتمعية :

تختص بتهيئة المؤسسات الخدمية فى مجالات صحة الأم والطفل ومراكز الرعاية المبكرة ومصادر الرعاية فى المجتمع ، وإعداد الإخصائيين والبرامج الإرشادية والإعلامية عن الإعاقة ، ودعم الجمعيات الرسمية التطوعية .

ومن برامج التأهيل المجتمعى للتدخل برنامج سكاى هاى *Ski – Hi* الذى عبر عن انجازات أهالى ذوى الاحتياجات الخاصة مع أطفالهم ، والذى اعتمد على البيئة المنزلية المثالية فى تقديم الرعاية للأطفال من سن الولادة حتى الخامسة من العمر من الذين يعانون من مشكلات سمعية وبصرية ، واستخدمت أدوات البرنامج بواسطة العائلات المستفيدة من البرنامج ، وكذا مقدمة الخدمات من المتخصصين فى برامج التربية الخاصة ، وهو منتشر فى ٥٠ ولاية فى الولايات المتحدة الأمريكية وكندا بهدف تحسين معيشة الأطفال ذوى الاحتياجات

الخاصة وأسرهم والعاملين معهم وحتى يصبح هؤلاء الأطفال أعضاء فاعلين فى مجتمعهم .

ثالثاً : من حيث التأثير على مشكلات الإعاقة :

وهذه البرامج من قبيل برامج التدخل العلاجية ، وهى تستمر مدة محدودة تتراوح بين ٨ – ١٠ أسابيع ، أما الوقائية منها فهى تستمر لعدة سنوات . ومن هذه النماذج :

١ – نموذج التدخل شديد القوة والتأثير :

وهو يهدف إلى القيام بمحاولات تعمل على وضع حد أقصى للتغير العلاجى ، وتبنى على أساس التأثير المحتمل للبرنامج على مشكلات الإعاقة متى استخدم الحد الأقصى الممكن من أساليب العلاج الفعالة والمتاحة . وهى تحتاج إلى مدة ٨ – ١٠ أسابيع ، ومرتفعة التكاليف ، وهذا العلاج المكثف يحتمل عدم قبوله وتحمله ، وبالتالى ترتفع نسبة معدلات التسرب وعدم الانتظام فى العلاج .

٢ – نموذج القابلية للعلاج :

يعتبر هذا النموذج من البرامج أن الطفل المعاق والوالدين والأسرة بمثابة عوامل تتوسط آثار العلاج ، وتصمم هذه النماذج بغرض تحديد التدخلات التى يحتمل نجاحها مع هؤلاء الأطفال الذين يعتبرون أكثر إذعانا وقابلية للعلاج .

٣ – برامج التدخل التى تستند على أسس عامة :

المشاكل المترتبة على الإعاقة متعددة الأوجه ، وتتضمن العديد من الأعراض ، وقد يترتب عليها اضطرابات نمائية عامة ، ومن ثم يكون من المناسب استخدام برنامج تدخل يرتكز على العديد من الأسس العامة لتناول

جوانب الاختلال فى الأداء الوظيفى لدى الفرد مثل أسلوب العلاج متعدد الوحدات الذى يتضمن العلاج الطبى والنفسى والاجتماعى والأسرى والتربوى .

٤ - نموذج رعاية الحالات المزمنة :

هذا النموذج ينظر إلى الاضطرابات المترتبة على الإعاقة على أنها حالة مزمنة تتطلب استخدام برنامج تدخل إلى جانب التوجيه والتقييم المستمرين على مدى حياة الفرد .

ويلاحظ أن برامج التدخل المبكر تزايدت منذ السبعينات ، واهتمت بالتصور القائم على أن الضعف يوجد داخل الطفل ، وأن العوامل البيئية غير المناسبة مجرد عوامل مساهمة .

وافترض أن هذا الضعف هو مسئولية الآباء ، لذلك اهتم بالتعليم التعويضى *Compensation Education* وإلى إرجاع النجاح لجهود المعلم والفشل إلى الخلل فى الأسرة ، ثم حدث تحول تدريجى نحو رفض هذا النموذج بظهور علم اجتماع التربية الخاص وظهور الاتجاه المعرفى الاجتماعى الذى يعتبر أن النمو عملية تفاعلية وعدم الفصل بين النمو المعرفى والنمو الاجتماعى ، والاهتمام بالسياق المتغير لخبرات الطفل .

والمتتبع لبرامج التدخل المبكر يجد انها تطورت عبر ثلاث مراحل رئيسة هى :

المرحلة الأولى : فيها كان التدخل المبكر يركز على تزويد الأطفال المعاقين بالخدمات العلاجية ، وبالأنشطة التى تستهدف توفير الإثارة الحسية لهم .

المرحلة الثانية : فيها أصبح التدخل المبكر يهتم بدور الوالدين كمعالجين ومعلمين لأطفالهم المعاقين .

المرحلة الثالثة : أصبح كل اهتمام التدخل المبكر ينصب على النظـــام الأسرى بوصفه المحتوى الاجتماعى الأكبر أثراً على نمو الطفل ، وأصبح العمل على دعم الأسرة وتدريبها وإرشادها الهدف الأكثر أهمية .

أهداف برامج التربية الخاصة فى التدخل المبكر :

تهدف برامج التربية الخاصة فى التدخل المبكر إلى ما تهدف إليه مناهج الخبرات التربوية فى رياض الأطفال ، فهى تركز على تنميـــة الطفـــل المعـــاق والمعرض للإعاقة فى نفس المجالات التى ينمو فيها الأطفال العـــاديون وهـــى : المجال المعرفى والمجال الاجتماعى والمجال الانفعالى والمجال الحركى والمجال اللغوى والمجال الدراسى .

ومهمة هذه البرامج فى تنمية هؤلاء الأطفال صعبة ، لأن الطفل العـــادى ينمو فى هذه المجالات بدون جهد أو بجهد بسيط ، فهو يتعلم الكثير من الخبرات بنفسه ، أما الطفل المعاق أو المعرض للإعاقة فيحتاج إلى جهد كبير لأنه لا يتعلم إلا إذا وجد من يعلمه كل صغيرة وكبيرة فى حياته ، ويحتاج إلى وقت طويل فى التعليم والتدريب ، وتتلخص أهداف برامج التربية الخاصة فى الطفولة المبكـــرة فى الآتى :

١ – تدريب المعاق على المهارات الأساسية فى رعاية النفس : فـــى تنـــاول الطعام ، واللبس والنظافة والحمام ، وفى التفاعل مع الأطفال والأخـــوة والمعلمات والوالدين ، وفى التعامل بالعملة .

٢ – المساهمة فى تنمية قدرة الطفـــل ذوى الاحتياجـــات الخاصـــة العقليـــة والحركية وتحسين سلوكه الاجتماعى والانفعالى .

٣ - المساهمة فى تحقيق استقلالية الطفل ذى الاحتياجات الخاصة فى بيئتـه الطبيعية والتعايش مع الآخرين .

٤ - تزويد الطفل المعاق بالخبرات المعرفية التى تنمى قدراته علـى الانتبـاه والإدراك والتذكر ، واكتساب المفاهيم ، وتحصيل المعلومات عن البيئـة التى يعيش فيها .

٥ - تنمية شخصية الطفل المعـاق مـن خـلال إشـباع حاجاتـه النفسـية والاجتماعية، مما يساعد على تنمية مفهوم الذات والاعتماد على الـنفس والدافعية وحب الاستطلاع عنده .

٦ - تنمية الحصيلة اللغوية والقدرة على التواصل بالكلام ، من خلال تنظـيم عملية التفاعل مع الطفل ، بطريقة تجعله يعتمد على اللغة بأقصى قـدر ممكن فى التعبير عن حاجاته وأفكاره ومشاعره .

٧ - تنمية المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة مـن خـلال تـوفير الأنشـطة الحركية الفردية والجماعية فى الألعاب الداخلية والخارجيـة والحفـلات والمسابقات والفك والتركيب وغيرها .

٨ - تعليم الطفل المعاق المهارات الأساسية للتعليم فى مرحلة التعليم الابتدائى، وتشمل المفاهيم الكمية البسيطة ومهارات التعامـل مـع أدوات الكتابـة والرسم والتلوين والرقص والتمثيل والموسيقى .

٩ - تدريب الطفل المعاق على السلوك الاجتماعى المقبـول فـى المواقـف اليومية ، وفى تعامله مع الآخرين ، وتعليمه الآداب التى يتعلمها الطفـل العادى بدون معلم مثل كيف يستأذن ويشكر أو يبدأ اللعب أو يحيى الناس وغيرها .

١٠ - علاج مظاهر التأخر فى النمو - إن وجدت - خاصة فى اللغة والنطـق والكلام والحركة ، والرعاية الشخصية .

١١ - تبصير الوالدين بخصائص الطفل ذوى الاحتياجات الخاصـة وحاجاتـه الأساسية ، وكيفية إشباعها فى الوقت المناسب وبالقدر المناسـب ، مـن خلال التفاعل معه ، وتوجيهه فى الأنشطة المختلفة .

١٢ - تدريب الوالدين على رعاية الطفل ذى الاحتياجات الخاصة ، والعناية به فى مواقف النشاط والراحة ، والتغذية ، والنظافة ، وعمليات الإخـراج ، والنظام والترتيب ، وضبط سلوكيات العدوان والتخريب .

١٣ - تدريب الوالدين على أدوارهما فى تنفيذ برامج رعاية الطفل المعاق فـى النواحى المعرفية والاجتماعية واللغوية والحركية حتى يمكنهمـا تكملـة دور الإخصائى فى الرعاية والتدريب والتعليم .

١٤ - مساعد الأسرة على مواجهة المشاكل الاجتماعية والنفسية التى يمكـن أن تتعرض لها لوجود طفل ذى احتياجات خاصة بها .

١٥ - مساعد الأسرة على تحقيق التكيف وتخفيف الأعباء المادية عنها فى حالة وجود حالة إعاقة بها .

تاسعاً : عوامل تفضيل برنامج التدخل :

هناك مجموعة من العوامل التى توضع فى الاعتبار عند المفاضلة بـين برنامج تدخل وآخر ، ومن هذه العوامل ما يأتى :

١ - مدى وفرة الوقت عند الوالدين :

تكون المسئولية كبيرة على الوالدين فى برامج التدخل المعتمـدة علـى المنزل مقارنة بدورهما فى برامج التدخل المعتمدة على المركـز ، حيـث تقـع عليهما المسئوليات المتعددة فى برامج التدخل المعتمدة علـى المنـزل ومنهـا : مسئولية تعليم الطفل المعاق ، وتنسيق الجهود مع الفريق المشارك وهذا يحتـاج لوقت كبير ، يصل إلى تفرغ أحد الوالدين للإشراف على الطفل المعاق ، ولـذلك عند تعذر توفير هذا الوقت يختار الوالدان البرنامج المعتمد على المركز .

٢ - درجة الضبط الوالدى على البرنامج :

فى برنامج التدخل المعتمد على المنزل يكون الضـبط كـاملاً فـى يـد الوالدين من أجل تعليم الطفل ، ويكون لديهما القدرة على اتخاذ القرار المناسـب فيما يتعلق بتقدم الطفل فى عملية التعلم .

٣ - مدى توفر الفريق العلاجى والتزامه :

توافر الكفاءات البشرية المتخصصة فى التربية الخاصة عامل مهم فـى تقرير مدى فاعلية البرامج ، ففى البرامج التى تعتمد على المركـز فـإن هـذه الكوادر تكون متواجدة تقدم الاستشارات والخدمات ويقوم المعلم بـدور التنسـيق بينهم ، أما فى البرامج المعتمدة على المنزل فهى تحتاج إلى من يقـدم خـدمات التربية الخاصة بطريقة فردية بالمنازل ، وقد يصعب التنسيق والاتصـال بيـنهم بواسطة الآباء .

٤ - مدى توفر المعلمين ذوى الخبرة الجيدة :

فى البرنامج المعتمد على المركز يتم الاعتماد على معلمين مدربين على التحليل التطبيقي للسلوك ويعملون بلا ملل ، أما فى البرنامج المعتمد على المنزل

يستخدم معلمين خصوصيين وقد يكونوا غير مؤهلين ويحتاجون إلى رقابة وإشراف باستمرار .

٥ - الوقت الذى يقضيه الطفل فى التنقل :

فى البرنامج المعتمد على المنزل يأتى طاقم التدريس إلى المنزل ، بينما يذهب الطفل إلى المركز فى البرنامج المعتمد على المركز ، وهذا يؤدى إلى ضياع وقت كبير على الطفل وقد يحتاج إلى مرافق أثناء التنقل .

٦ - وقت النشاط :

قد لا تتناسب الأنشطة مع حاجة التلميذ ذى الاحتياجات الخاصة فى المركز ، أما الأنشطة فى المنزل فتكون على حسب حاجة الطفل المعاق وتستهلك وقتا أقل لتوفر سبل الراحة وقربها من الطفل .

٧ - تأثير مشتتات الانتباه :

فى المركز تكون القاعات بها أكثر من طفل وأكثر من مدرب وبها ضوضاء ويترتب على ذلك تشتت انتباه الطفل ، أما فى البرنامج المعتمد على المنزل فإنه توجد بيئة متحررة وخالية من المشتتات ، ويجب تدريب الطفل فى بيئة أقرب للطبيعية .

٨ - تفعيل دور عملية الدمج :

يجب العمل على اتصال الطفل بالأقران العاديين فى كل البرامج ، وهذا يوجد فى البرامج المعتمدة على المركز ، أما البرامج المعتمدة على المنزل فإن الوالدين عليهما عمل الترتيبات من أجل دمج الطفل مع العاديين .

٩ - مدى ملاءمة سن الطفل ذى الاحتياجات الخاصة مع نوع البرنامج :

فى السنوات المبكرة يمكن استخدام البرامج المعتمدة على المنزل ، ولكن مع تقدم عمر الطفل المعاق يكون من الملائم ذهابه إلى المركز وإتاحة الفرصة أمامه للدمج مع الأقران من نفس عمره .

١٠ - التكاليف ومدى تأثيرها على الحالة المادية للأسرة :

تعتبر تكاليف إدارة برنامج معتمد على المنزل عالية ، بالإضافة إلى تفرغ أحد الوالدين للبقاء بالمنزل مع الطفل ، ولذلك يجب أن تكون تكاليف البرنامج مناسبة للحالة المادية للأسرة .

ومما سبق يمكن لنا أن نحدد العوامل التى يمكن التركيز عليها عند تقييم برنامج التدخل ووصفه بأنه ملائم ونموذجي وهذه العوامل هى :

- عدد المتخصصين فى مقابل الأطفال : البرنامج الجيد هو الذى يوفر شخص راشد لكل طفل معاق خلال العامين الأولين ، وليست كل البرامج توفر ذلك .
- الدمج مع الأقران العاديين : لابد من توفير الفرص لإدماج الطفل المعاق مع أقرانه العاديين .
- الانتقال المنظم والمخطط من مستوى لآخر ، أو من فصل لآخر أو من مدرسة لأخرى .
- تدعيم إنخراط الأسرة فى التخطيط والتنفيذ للبرنامج .
- توافر منهج تعليمى متطور لكل المهارات .
- هيئة تدريس وتعليم مدربة تحت إشراف جيد .
- الدمج بين الخدمات الصحية والنفسية والتربوية بما يتلاءم مع حاجات الطفل.

- التدخل المبكر للحد من آثار الإعاقة .
- التفريد فى تقديم الخدمة .
- كفاية الوقت المخصص لتعليم الطفل .

عاشراً : شروط قبول طفل ببرنامج التدخل :

يلتحق الطفل المعاق أو المعرض للإعاقة بالبرنامج التربوى للتدخل والمحدد له بما يتناسب مع حالته متى توافرت فيه الشروط التالية :

١ - أن يكون برفقته ملف به تقرير طبى من جهة معترف بها يوضح حالته الصحية .

٢ - أن يكون قد تم تشخيص إعاقته بواسطة إخصائى نفسى يعمل فى مجال التربية الخاصة .

٣ - لا يزيد سنه عن ٦ سنوات ، وسن الالتحاق بالبرنامج هو سن اكتشاف الإعاقة .

٤ - خلو الطفل من الأمراض المعدية .

٥ - التزام الأسرة بنظافة الطفل وحسن مظهره .

٦ - التزام الأسرة بالتعاون مع فريق التربية الخاصة المشارك فى البرنامج من حيث التواصل ، ومتابعة الطفل بالمنزل ، وحضور دورات التدريب، ومدهم بالمعلومات التى تدور حول الطفل .

حادى عشر : مكونات برنامج التدخل التربوى الفعال :

للبرنامج التربوى الفعال فى مجال ذوى الاحتياجات الخاصة مجموعة من المكونات تتعلق بالمقومات الأساسية ، والمجالات التى تساعد على نمو الطفل ذى الاحتياجات الخاصة ونتناول هذه المكونات فيما يلى :

أ - المقومات الأساسية :

١ - الكوادر البشرية اللازمة لتنفيذ البرنامج : وهم متخصصون فى مجال التربية الخاصة (معلمون ، إخصائيون، أطباء) ، وهم يعملون جميعاً كفريق متعدد التخصصات ، ويتحملون المسئولية بطريقة مشتركة ، ومدربون على أداء أدوارهم بالبرنامج .

٢ - الخدمات الصحية والتربوية والنفسية والاجتماعية : وتتعدد هذه الخدمات والتى تقدم ضمن برنامج التدخل التربوى فى مجال التربية الخاصة ومنها:

- الاكتشاف والتدخل المبكر.
- تقديم الخدمات فى بيئات أقل عزلا (الطبيعية أو القريبة من ذلك) .
- تبنى خطط تربوية فردية وتنفيذها .
- إعداد التلميذ للحياة اليومية بإكسابه المهارات المختلفة وإعداده للحياة المهنية .
- استمرارية تقديم الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية والمهنية

٣ - المستلزمات المكانية والتجهيزية : وهى المستلزمات المطلوب توافرها حتى يمكن تنفيذ برنامج التدخل التربوى لرعاية ذوى الاحتياجات الخاصة، ومن هذه المستلزمات ما يلى :

- صالة حسية ، وفنية ، ورياضية ، وتهيئة مهنية .
- قاعة للتدريب والتعلم .
- وسائل تعليمية مناسبة وحاسبات .
- دورات مياه مهيأة للحالة .
- حديقة خارجية مهيأة للحالة .

٤ - خدمات لأسرة الطفل ذى الاحتياجات الخاصة : فمن الضرورى أن يقدم البرنامج خدمات دعم لأسرة المعاق ومن هذه الخدمات :

- مد الأسرة بالمعلومات عن حالة الطفل المعاق واحتياجاته .
- إتاحة الفرصة أمام الأسرة للمشاركة فى تخطيط وتنفيذ ومتابعة البرنامج .
- تدريب أسرة المعاق على التواصل معه وتدريبه .
- التواصل بين الأسرة وفريق التربية الخاصة .

ب - المجالات التى تساعد على نمو ذوى الاحتياجات الخاصة :

هذه المجالات متعددة ، وتختلف من معاق إلى آخر حسب نوع الإعاقة ودرجتها ومنها : مجال مهارات التواصل ، ومجال مهارات العناية بالذات ، ومجال المهارات الأكاديمية ، ومجال المهارات الاجتماعية ، ومجال مهارات الأمن والسلامة ، ومجال المهارات الترويحية ، ومجال التهيئة المهنية .

ثانى عشر : مجالات وأساليب التدخل المبكر :

بعد العرض السابق ، هناك تساؤل يطرح نفسه ، وهو : مـا الأسـاليب المتبعة فى عملية التدخل المبكر من أجل تجنب حدوث الإعاقة ، وسبل علاجها، والتخفيف من آثارها ، ومساعدة المعاق من أجل إندماجه فى المجتمع ، وتحقيـق ذاته ، ومشاركته فى عملية تنمية مجتمعه ، وتحقيق السعادة الشخصية والنفسـية له؟

ونجيب على هذا التساؤل من خلال التعرف على الجهود المبذولـة فـى عملية التدخل المبكر فى المجالات الآتية :

- **الوقاية** : ويقصد بها تلك الجهود التى تبذل فـى حمايـة ذوى الاحتياجـات الخاصة من الأمراض ، وتجنب حدوث الإعاقة ، والحد من آثارها ، والحـد من انتقالها من جيل لآخر .
- **العلاج** : ويقصد به كل الجهود التى تبذل فى علاج الإعاقة والآثار المترتبة عليها فى وقت مبكر قبل تفاقمها .
- **التنمية** : وهى تلك الجهود التى تبذل فى تربية ذوى الاحتياجـات الخاصـة وتنمية قدراتهم واستعداداتهم وإشباع ميولهم وحاجاتهم وتأهيلهم للاستفادة من طاقاتهم فى تنمية المجتمع ، وإثبات ذواتهم .

والجهود فى المجالات الثلاث متداخلة، ويصعب الفصل بينهـا ، لدرجـة أن البعض يعتبر كل ما يبذل فى عملية التدخل المبكر هو من قبيل الأعمال الوقائية ، ويقسمون الوقاية ثلاث مستويات :

- **الوقاية الأولية** : وهى الجهود التى تهدف إلى التقليل مـن إنجـاب أطفـال معاقين عن طريق رعاية الأم الحامـل والجنـين ، والإرشـاد الـوراثى ،

والفحص قبل الزواج ، والحث على الاغتراب فى الزواج ، ورعاية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة .

- **الوقاية الثانوية** : وهى الجهود المبذولة فى تحديد الظروف البيئية التى قد تؤدى إلى الإعاقة وعلاجها ، من أجل الحد من انتشارها وتطورها .
- **الوقاية الثلاثية** : وهى الجهود المبذولة فى رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة وتعليمهم وتأهيلهم وتشغيلهم فى أعمال مفيدة لهم ولمجتمعهم ومواجهة الآثار المترتبة على الإعاقة .

ويرى علماء علم النفس والعاملين فى مجال التربية الخاصة أن جهود التدخل المبكر أصبحت لها ضرورة ملحة لكل الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، وعلى أن تبدأ هذه الجهود فى فترة مبكرة جداً من العمر من أجل محاولة السيطرة على إعاقات الطفولة وحصرها فى أضيق نطاق ، وأن تكون هذه الجهود مكثفة لإتاحة الفرصة أمام المعاق ليحقق أقصى قدر من إمكاناته ، وأن يكون مواطنا له حقوقه وعليه واجبات ، وانه يمكن تقديم هذه الجهود من خلال الأسرة أو المراكز المتخصصة أو فصول المدرسة العادية أو الفصول الخاصة .

ونؤكد على أننا مع وجهة النظر التى ترى أنه من الضرورى الالتزام عند القيام بجهود التدخل المبكر لتقديم خدمات التربية الخاصة بالآتى :

- **الإطار التكاملى** : *Integrative Framework* الذى يؤكد على تعقد القوى الكامنة والمؤثرة على ذوى الاحتياجات الخاصة ، وعلى ضرورة توفر قدر كبير من المفاهيم والنظريات والتقنيات لفهم مشكلاتهم ، ووضع استراتيجيات فاعله فى ضوء ما سبق عند عملية التدخل ، وإن هذا التدخل الفاعل يتطلب إشراك العديد من المتخصصين بجانب الآباء .

- **التوجيه البيئى :** ***Ecological Orientation*** الذى يرى أن تناول المشكلات النمائية والتربوية لذوى الاحتياجات الخاصة لابد أن يكون فى إطار المؤثرات الأسرية والمجتمعية والثقافية المحيطة بهم ، والأخذ بالبيئة الكلية المحيطة بالطفل كنظام دينامى يتضمن عناصر مترابطة متى أردنا التدخل المبكر لمساعدة ذوى الاحتياجات الخاصة والوصول بهم إلى أفضل مستويات النمو ، وأن أى تدخل لمساعدتهم يجب أن ينطلق من تلك العوامل المتداخلة والمؤثرة فى بعضها البعض .

ولذلك فإن جهود التدخل المبكر الفعال لابد أن تلتزم بالإطار التكاملى والتوجه البيئى والاعتقاد بتعدد أساليب التدخل واشتراك أولياء الأمور فى تقديم خدمات التربية الخاصة .

وفى الجزء التالى سوف نتناول أهم أساليب التدخل المبكر لرعاية ذوى الاحتياجات الخاصة :

أ - أساليب الوقاية . ب - أساليب العلاج .

جـ - أساليب التأهيل الاجتماعى والمهنى .

أ - أساليب الوقاية :

وهى مجموعة الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة والتى تهدف إلى :

- الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدى إلى الإعاقة .
- تقليل نسبة انتشار الأعاقات المختلفة .
- الحد من الآثار المترتبة على الإعاقة .
- إتاحة الفرص لكى يحقق المعاق أقصى درجة من التفاعل مع البيئة .

- إتاحة الفرصة لكى يحقق ذوى الاحتياجات الخاصة حياة أقرب ما تكون من العادية .
- التوعية الوقائية للأسرة بأسباب الإعاقة وأخطارها ، وكيفية تجنبها ، وجهات تقديم خدمات التربية الخاصة فى البيئة المحلية .
- تقديم هذه الخدمات فى طابع اجتماعى وتربوى وتأهيلى لكل أفراد المجتمع .

وترى المنظمات الدولية ذات العلاقة بموضوع ذوى الاحتياجات الخاصة أن برامج الوقاية تمنع حدوث ٧٠% من حالات الإعاقة لدى الأطفال .

ونؤكد على أن الإعاقة لها أسباب مُتعددة ومتداخلة ، ولها آثار سلبية على جوانب شخصية المعاق وأن هذه الإعاقة محل اهتمام جهات متعددة فى المجتمع ولذا يجب أن تتعاون كل هذه الجهات لوضع البرامج والأساليب الوقائية للحد من حدوث الإعاقة ونشر هذه البرامج وتوصيلها إلى جميع السكان .

ومن برامج التدخل المبكر التى توضح أن الإعاقة العقلية يمكن الوقاية منها ، وأن العمليات البيولوجية والسيكولوجية لدى المعاق تتأثر بالمجالات الوقائية والتثقيفية ، مشروع " ابيسدريان " *The Abecedarian Project* والذى أجرى فى مركز تطوير الطفل بكارولينا الشمالية ، وأجرى المشروع على عينة من الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالإعاقة العقلية تتراوح أعمارهم ٣ شهور – ٦ سنوات اختيروا فى ضوء مؤشر عوامل الخطورة (الحالة التعليمية للوالدين – دخل الأسرة – غياب الأب – سجل عمل الأب – نسبة ذكاء الوالدين – معلومات عن الأسرة والعائلة) وقسموا إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية .

وتم إخضاع العينة التجريبية لبرنامج تدخل مبكر مكثف نهارى ومجـانى مع إضافات غذائية ، وتم تعليمهم مهارات متعددة وبطريقة فردية ، وتراوح عدد الأطفال إلى المعلمين بين ٣ ، ٥ : ١ .

وقد أشارت النتائج إلى تحسين نسبة ذكاء المجموعة التجريبية فى حدود ٨ نقاط عن المجموعة الضابطة ، كما تمتعت المجموعة التجريبية بثقة اجتماعية وفاعلية فى التفاعل مع الأمهات عن أطفال المجموعة الضابطة ، كمـا تـأثرت ثقافة أمهات أطفال المجموعة التجريبية بوضع أطفالها بالعناية النهارية الكاملة .

ومن هذه البرامج أيضا مشروع ميلـوا كـى *The Milwaukee Project* والذى هدف إلى تحديد هوية الأطفال المعرضين لأعلى درجة خطورة للإصـابة بالإعاقة العقلية ، والذى أجرى على ٤٠ أسرة ذات دخل منخفض مـن السـود وأطفالهم حديثى الولادة ومن أمهات نسبة ذكائها ٧٥% أو أقل ، وقسمت الأسـر إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية .

وأخضعت المجموعة التجريبية لبرنامج تدخل مبكر مكثف ، وخضـعت الأمهات لبرنامج إعادة تأهيل تعليمى ومهنى ، وخضع الأطفال لبرنامج تعليمـى فى مجال اللغة وحل المشكلات ، وأشارت النتائج إلـى تحسـن ذكـاء أطفـال المجموعة التجريبية ٢٠ – ٣٠ نقطة عن المجموعة الضابطة ، وتحسن التفاعل بين الأطفال والأمهات فى المجموعة التجريبية .

والإجراءات أو الأساليب المتبعة فى عملية الوقاية من الإعاقـة متعـددة ومنها :

١ – *التقليل من حدوث الإعاقة نتيجة للأمراض الوراثية عن طريق :*

– عدم التعرض للإشعاع والكيماويات السامة وعدم تناول العقاقير الطبية أثنـاء

الحمل بدون استشارة الطبيب لتجنب حدوث طفرات وراثية ضارة.

- الابتعاد عن زواج الأقارب خصوصاً فى الأسر التى بها أفراد معاقون وراثيا حتى لا يتم تركيز الصفات الوراثية المسببة للإعاقة .
- تجنب الإنجاب بعد سن ٣٥ سنة ، وفى حالة الحمل بعد هذا السن يجب أن تتجه الأم إلى الطبيب المختص لدراسة الكروموسومات فى السائل الأمينوسى المحيط بالجنين لتجنب ولادة طفل معاق بسبب اختلال الكروموسومات .
- اكتشاف الأمراض الوراثية للجنين بطرق التحليل البيوكيميائية .
- إنشاء مكاتب لفحص الراغبين فى الزواج مدعمة بالخبرات والتخصصات المختلفة وخاصة تخصص الوراثة البشرية .
- إصدار تشريع يجعل الفحص الطبى قبل الزواج إجبارياً ويكون ضمن مستندات توثيق الزواج .

٢ - *التوعية الوقائية للأسرة من خلال وسائل الإعلام والمساجد ودور العبادة، وعلى سبيل المثال تناول الآتى بالشرح :*

- حديث الرسول صلى الله عليه وسلم " تخيروا لنطفكم فإن العرق دساس ".
- عدم تناول عقاقير طبية ومواد مخدرة أثناء الحمل .
- عدم زواج الأقارب .
- ضرورة رعاية الأم الحامل وكذا الجنين .
- التوعية بأسباب الإعاقة وأخطارها.

٣ - تدعيم مراكز بحوث الوراثة البشرية لما تقوم به من دور فى الإرشاد الوراثى للأسر ، والاكتشاف المبكر للأمراض الوراثية فى الجنين

باستخدام الوسائل الحديثة للهندسة الوراثية ، وإدخال مادة الوراثة البشرية ضمن مناهج كليات الطب وضمن برامج الثقافة العامة .

٤ - تطعيم الإناث قبل سن الزواج ضد الأمراض المؤثرة على الحواس مثل التطعيم الثلاثى *M.M.R* ضد الحصبة والغدة النكفية والحصبة الألمانية .

٥ - إتمام عملية الولادة فى المستشفيات .

٦ - تطعيم الأطفال فى المواعيد المناسبة .

٧ - الاكتشاف المبكر للإعاقة عن طريق التوعية بطرق وأماكن الكشف المبكر والدورى عن الإعاقة .

٨ - التوسع فى إنشاء المراكز الطبية المتخصصة لإجراء الفحوص الطبية والكشف المبكر عن الإعاقات .

٩ - العمل على رفع المستوى الاقتصادى والاجتماعى لأسر المعاقين .

١٠ - تنمية المناطق المتخلفة اجتماعيا واقتصاديا حتى لا تكون مناطق إنتاج للإعاقة المختلفة .

١١ - اتخاذ الإجراءات الوقائية من أجل المحافظة على عدم تلوث البيئة بالمواد المعدنية الثقيلة مثل الرصاص .

١٢ - تقديم النصائح اللازمة لأسر المعاقين لتوفير المناخ الملائم للمعاق .

١٣ - الاستعانة بالخبرات والتجارب العلمية المتقدمة فى مجال الإعاقة .

١٤ - إجراء البحوث والدراسات والإحصاءات للاستفادة منها فى الحد من الإعاقة وتقديم الرعاية للمعاقين .

١٥ – تقديم الرعاية الطبية والنفسية والتربوية والاجتماعية للمعـــاقين حتـــى لا تتفاقم إعاقاتهم .

١٦ – التثقيف الصحى للمجتمع لإبراز دور الوقاية والتعـــرف علـــى أســـباب الإعاقات المختلفة ، وأهمية المشاركة المجتمعية فى مجال الوقايـــة مـــن الإعاقة وعلاجها .

ونتناول فى الجزء التالى واحد من أهم أساليب التدخل المبكر فى مجـــال الوقاية من الإعاقة والمطلوبة فى الوقت الراهن وهو :

الفحص الطبى المبكر قبل الزواج :

الفحص الطبى المبكر قبل الزواج من أكثر الطرق الوقائية فعالية حيـــث يهدف إلى الحد من اقتران حاملى المورثات المعتلة ، وبالتالى الحد من الولادات المصابة بالأمراض والإعاقات الوراثية .

أهداف الفحص الطبى قبل الزواج :

تظهر أهداف هذا الفحص الطبى المبكر قبل الزواج فيما يأتى :

١ – الوقاية من الأمراض الوراثية ، خاصة أمراض الـــدم الوراثيـــة مثـــل : الثالاسيميا والأنيميا المنجلية .

٢ – الوقاية من الأمراض المعدية قبل الزواج مثل : الزهـــرى والســـيلان ، فيروس الكبد المعدى ، وهنا تظهر ضرورة توفير التطعيمات وإمكانـــات العلاج .

٣ - تقديم الإرشاد والتوجيه للمقبلين على الزواج حتى يتبين وجود ما يستدعى ذلك ، وتقديم الاستشارة الوراثية والنصح عند زواج الأقارب ، واختلاف *R.H* .

٤ - النظرة الفقهية المعاصرة ترى أنه إذا ثبت تشوه الجنين بصورة دقيقة قاطعة لا تقبل الشك من خلال لجنة طبية موثوقة ، وأنه غير قابل للعلاج ضمن الإمكانات المتاحة ، فالراجح هو إباحة إسقاطه .

٥ - يشكل الفحص الطبى قبل الزواج حماية للمجتمع من انتشار الأمراض الخطيرة والحد منها والتقليل من الكوارث المترتبة عليها .

٦ - يضمن إنجاب أطفال أصحاء جسميا وعقلياً .

٧ - تحديد مدى قابلية الزوجين للإنجاب من عدمه إلى حد ما .

٨ - التحقق من قدرة كل من الزوجين على ممارسة علاقة زوجية سليمة مع الطرف الآخر .

٩ - التحقق من عدم وجود أمراض مزمنة (مثل السرطانات) مؤثرة على مواصلة الحياة بعد الزواج .

١٠ - التأكد من خلو الطرفين من الأمراض الجنسية والمعدية ، لضمان عدم تضرر صحة كل من المقبلين على الزواج نتيجة المعاشرة الزوجية .

إلا أنه يعاب على الفحص الطبى قبل الزواج فى أنه **يؤدى إلى بعض المثالب منها :**

١ - إيهام الناس بأنه سيقيهم من الأمراض الوراثية ، لأن الفحص الطبى الوراثى يكون عن أحد الأمراض أو اثنين ، والأمراض الوراثية تجاوز عددها ثمانية آلاف .

٢ - إيهام الناس أن زواج الأقارب هو السبب المباشر للأمراض الوراثية المنتشرة فى المجتمعات العربية ، ولكن الدراسات أشارت إلى أن زواج الأقارب يزيد فقط نسبة انتشار الأمراض الوراثية من ٢% فى حالة عدم زواج الأقارب إلى ٤% تقريبا فى حالة زواج الأقارب ، وقد يؤدى زواج الأقارب إلى ظهور بعض الأمراض الوراثية المتنحية .

٣ - السرية مطلوبة فى هذا الفحص ، ولكنه قد يتعذر ، لذا يضار أصحاب هذا الفحص ، وتحدث المشاكل الاجتماعية المتعددة من جراء ذلك .

٤ - هذا الفحص يحتاج إلى تكاليف مالية عالية لبعض الفحوصات الطبية ، وربما هذه التكاليف الإضافية إلى أعباء الزواج تؤدى إلى عزوف الشباب عن الزواج أو عن العزوف عن مثل هذه الفحوصات .

والفحص الطبى قبل الزواج من المسائل الفقهية التى استحدثت وطرأت فى عصرنا الحالى ، وهو لا يتعارض مع الشريعة الإسلامية ، ولا مع مقاصد الزواج فى الإسلام ، وأنه يمكن تنظيمه بحيث لا يترتب عليه أى ضرر بالرجل أو المرأة ، ويكون مجاناً .

ب - أساليب العلاج :

بعد أن عرضنا لوسائل الوقاية من الإعاقات المختلفة ، فماذا لو حدثت الإعاقة ، فكيف يمكن علاجها ؟ وكيف يمكن التخفيف من آثارها السلبية على شخصية المعاق ؟

ونظراً لعتدد الأسباب المؤدية إلى الإعاقة ، وتعدد الآثـار والمشـكلات المترتبة عليها ، فإنه سوف تتعدد سبل العلاج والرعاية التـى يمكـن أن تقـدم للمعاقين .

وفيما يلى أهم مجالات وأساليب العلاج التى يمكن أن تقدم للمعاقين :

١ - العلاج الطبى *Medical Therapy* :

تتعدد سبل العلاج الطبى حسب نوع الإعاقة وحالة المعاق ، وقد تشـمل الآتى :

- قياس درجة الإعاقة .
- تغيير دم الطفل الذى يعانى من الإعاقة كما فى حالة الإعاقة ، نتيجة العامـل الريزيسى .
- اتباع نظام غذائى معين للطفل الذى يعانى من اضطراب التمثيل الغـذائى، أو للأم أثناء الحمل .
- العلاج بالعقاقير ، كما فى اختلاف فصائل الدم عند الزوجين ، وإصـابة الأم بالحميات أثناء الحمل ، أو إصابة الطفل بالأمراض التى يمكـن أن تسـبب الإعاقة .
- التدخلات الجراحية ، ومنها ما يساعد على التخلص من الإعاقـة مثـل زرع القوقعة فى الإعاقة السمعية ، ومنها ما يساعد على الحـد مـن المشـكلات السلوكية والانفعالية المصاحبة للإعاقة فقط كما فى الإعاقة العقلية .
- التدريب على استعمال الأجهزة الطبية المساعدة ، مثل التدريب على استخدام السماعات فى الإعاقة السمعية .

فالعلاج الطبى يشمل كل الجهود التى تهدف إلى علاج الإعاقة ، أو تحافظ على مستوى جيد من الصحة على قدر ما يمكن للطفل المعاق ، أو وقايته من المشكلات الصحية التى يمكن أن يتعرض لها هذا الطفل ، أو تساعد على الحد من المشكلات السلوكية والانفعالية المصاحبة للإعاقة ، وهذه الخدمات الصحية تقدم للطفل المعاق أو المعرض للإعاقة وهى فى أسرته أو فى دار الرعاية ، ونؤكد على أن تنمية الصحة الجسمية والوقاية من الأمراض من أهم الركائز التى تقوم عليها الصحة النفسية للمعاق فالتأثير متناول بين الصحة الجسمية والصحة النفسية ، وهذا يجعل للطبيب دوراً بارزاً ضمن فريق التربية الخاصة .

٢ - العلاج السيكولوجى *Psychotherapy* :

يحتاج المعاقون مثل العاديين إلى الرعاية النفسية التى تهدف إلى تنمية صحتهم النفسية ووقايتهم من الانحراف وعلاج أى انحراف يظهر لديهم ، وتقع مسئولية هذه الرعاية على عاتق فريق التربية الخاصة وخاصة الإخصائى النفسى والاجتماعى .

وهذا النوع من العلاج يلزم لكل من المعاقين وذويهم ، وذلك من أجل معالجة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التى تسببها الإعاقة للطفل ، والاتجاهات السلبية للآخرين نحوه ، ومن أجل تنمية قدرة المعاق على تحمل الإحباطات وحل الصراعات ، ومواجهة العوائق وحل المشكلات واتخاذ القرارات والاعتماد على النفس ، وتحمل المسئولية فى مواجهة مواقف الحياة اليومية .

وتنمية قدرة المعاق نفسيا تعتمد على وعى الآباء والمربين بالحاجات النفسية له ، ومطالب نموه فى كل مرحلة من مراحل حياته ، ومساعدته على

إشباعها وتحقيقها دون إفراط أو تفريط ، ومساعدته على أن يسير نموه النفسى فى مساراته الطبيعية عبر مراحل النمو .

أما العلاج السيكولوجى الذى يمكن أن يقدم لذوى المعاقين يتمثل فى برامج الإرشاد النفسى للأسرة والمربين من أجل تقبل إعاقة الطفل ، وتدريبهم على طرق التواصل معه ، ومحاولة تغيير اتجاهاتهم السالبة نحوه ، وتشجيعهم على التعاون من أجل مواجهة مشكلة الإعاقة والتوافق معها ، وتوفير المناخ الملائم للنمو السليم للمعاق .

٣ - العلاج السلوكى *Behavioral Therapy* :

ويطلق على هذا النوع من العلاج تعديل السلوك ***Behavior Modification*** وذلك بهدف خفض معدل السلوك غير المرغوب فيه أو القضاء عليه ، وإكساب الطفل سلوكاً جديداً يراد تعليمه له ، وخاصة السلوكيات الاجتماعية الإيجابية والمهارات الاجتماعية التى تساعد الطفل على الاعتماد على نفسه فى تصريف شئون حياته ، اليومية وتقليل اعتماده على الآخرين .

ويستخدم فى تعديل سلوك ذوى الاحتياجات الخاصة فنيات تعديل السلوك وهى متعددة ومنها ما يأتى :

- فنيات تدعم السلوك بهدف زيادة معدل السلوك المرغوب فيه مثل : التدعيم .
- فنيات تقلل السلوك أو تغيره مثل : العقاب – التجاهل – الممارسة السلبية، التنفير ، العزل
- فنيات تشكل السلوك مثل : التشكيل ، والنمذجة ، التلقين .

ويتوقف استخدام أى من هذه الفنيات على نوع وحالة الإعاقة لدى الطفل، وعلى نوع السلوك المراد تعديله لديه ، والمرحلة العمرية التى يمر بها المعاق ، وعلى الهدف من تعديل السلوك .

واختلفت الآراء حول تعليم وتعلم المعاقين ، فيرى البعض أن الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة كالأطفال العاديين ينمون تدريجيا ويتعلمون ويكتسبون الخبرات والمعلومات والمهارات تدريجيا ، إلا أن معدل النمو والتعلم والاكتساب أقل لدى المعاقين وبحسب نوع الإعاقة ودرجتها . ولكن يرى فريق آخر أن الأطفال المعاقين يختلفون عن العاديين فى جوانب النمو الجسمى والعقلى والاجتماعى ومن ثم فإنه يجب أن تتبع معهم أساليب تعليمية مختلفة كما وكيفاً عما هو متبع فى تعليم الأطفال العاديين .

وكل من الفريقين على صواب ، لأن تعليم المعاقين يشبه تعليم العاديين فى بعض النواحى ويختلف عنه فى بعض النواحى الأخرى بما يتمشى مع نوع ودرجة الإعاقة ، فالطفل ذى الاحتياجات الخاصة :

- له نفس حاجات الطفل العادى (الحاجة إلى الأمن النفسى ، والتقبل والتقدير من الآخرين ، وتكوين صداقات مع الآخرين ..) .
- يتأثر نموه بنفس العوامل المؤثرة فى نمو الطفل العادى .
- قابل للتعلم تدريجيا مثل الطفل العادى .
- يختلف عن العادى وحسب نوع ودرجة إعاقته فى طريقة التعلم .

ويقصد هنا بتعليم الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة عن طريق التدخل السلوكى المبكر كل الجهود التى تبذل فى مساعدة المعاق على تعلم الخبرات والمعلومات والمهارات التى تفيده فى الحياة اليومية ، وتسهم فى تنميته من جميع

النواحى ، وهذه الجهود تقدم فردية أو فى جماعات ، وكلها تهدف إلى تنمية علاقته بالبيئة وتنمية شخصيته من جميع النواحى الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية والروحية .

وعملية التدخل لتعديل سلوك ذوى الاحتياجات الخاصة تعتمد على مجموعة من الأسس منها :

- تعديل السلوك منحى إيجابى لا يركز على السلبيات فقط .
- تعديل السلوك منحى تربوى وإرشادى ووقائى أكثر منه علاجى .
- تعديل السلوك يتطلب تحليل السلوك فى البيئة الطبيعية التى يحدث فيها .
- تعديل السلوك منحى فردى ، فالفرد هو الذى يسلك .
- تعديل السلوك يتطلب استخدام التجريب مع الدقة والموضوعية والتحليل والتقييم .
- *تعديل السلوك يعتمد على عدة مسلمات تؤخذ فى الاعتبار وهى :*
  * السلوك هو المشكلة وليس مجرد عرض لها .
  * السلوك متعلم ولا يحدث بالصدفة .
  * السلوك يتأثر بالوراثة وبالماضى والحاضر وما يتم تعديله هو الحاضر .
  * السلوك يتأثر بالظروف البيئية وتعديل السلوك قد يعتمد على تغيير هذه الظروف البيئية .
- تعديل السلوك لا يتهم الفرد ولا يبعث التشاؤم بل يتهم بالظروف ويبعث على التفاؤل لإمكانية التغيير .

كما أن عملية تعديل السلوك تعتمد على مجموعة من الخطوات التنفيذية وتتبع فى برامج تعديل السلوك وهى :

- تحديد السلوك المستهدف تعديله .
- تعريف السلوك المستهدف تعديله إجرائيا وقياسه .
- تحديد السوابق واللواحق للسلوك ، بمعنى تحديد الظروف التى يحدث فيها هذا السلوك المستهدف تعديله .
- تحديد الأهداف المأمولة من عملية تعديل السلوك المستهدف .
- تحديد فنيات تعديل السلوك المستهدف والتى تكون ملائمة .
- تنفيذ عملية التعديل .
- تقويم فاعلية عملية التعديل ، وذلك بقياس مدى انخفاض السلوك المطلوب تعديله .
- تعميم السلوك المعدل لتثبيته .

وتتعدد برامج تعديل السلوك ولكن أساسها واحد ، وإن اختلفت طرق تطبيقاتنا لها ، بناء على طبيعة المشكلة ، والطفل المعاق ذاته ، وعمره ، وظروفه ، وطريقة الشخص القائم بالتعديل والفنيات التى يستخدمها ، وخبرته فى التطبيق .

ويجب الأخذ فى الاعتبار مجموعة من العوامل عند اختيار برنامج تعديل السلوك وهى :

- عوامل تتعلق بالطفل ذى الاحتياجات الخاصة : نوع إعاقته – مستوى أدائه – توفر الخدمات اللازمة له – عدد الساعات المطلوبة – عدد الساعات المتاحة ومدة إتاحتها – مدى المتابعة المتاحة .
- عوامل تتعلق بإشباع الحاجات المتميزة للطفل : نوع الخطة المتبعة فى تنفيذ البرنامج (خدمة أسرية أم فردية ...) ، طريقة تقييم تقدم الطفل ، مدى توافر المشرفين المتخصصين ، كيفية مواجهة المشكلات السلوكية .
- عوامل تتعلق بالخدمات المساندة المنزلية : هل سيتم تدريب الوالدين ، مدى توافر المدرسين ، مدى توافر الدعم المطلوب للأسرة .
- عوامل تتعلق بالإشراف والمسئولية : طريقة الإشراف على المدرسين المشاركين ، مدى استمرارية رفع كفاءتهم ، مدى استمرارية التركيز على الهدف ، التحديد الواضح لمسئولية المشاركين فى البرنامج .

٤ – العلاج البيئى *Environmental Therapy* :

كلمة البيئة تستخدم فى علم النفس للإشارة إلى الظروف والعوامل المكانية والمادية والمعنوية المحيطة بالفرد سواء أكانت فيزيائية أم كيميائية أم بيولوجية أو اجتماعية ، أو بمعنى آخر الظروف الخارجية للفرد ، والعلاج الطبى يستخدم فى تعديل البيئة الكيميائية والبيولوجية ، أما العلاج البيئى يتناول التعديل فى البيئة الفيزيائية والاجتماعية المحيطة والمؤثرة على الفرد .

والتدخل المبكر بتقديم الرعاية لذوى الاحتياجات الخاصة عن طريق توفير البيئة المناسبة التى تساعدهم على النمو السوى والمتزن ، قد تبدأ من فترة الحمل أو الميلاد وحتى مرحلة الطفولة المتأخرة ، ويكون هذا العلاج البيئى عن طريق:

- تقديم الرعاية اللازمة للأم الحامل لتوفير وسط ملائم لنمو الجنين .
- تقديم الرعاية اللازمة لذوى الاحتياجات الخاصة :

* بتوفير الجو الثقافى الذى يمكن من النمو العقلى والمعرفى لهم .
* وتقديم الدعم الاقتصادى للأسرة لتتمكن من إشباع حاجاتهم .
* توعية الأسرة والمدرسة والمجتمع بضرورة توفير البيئة الاجتماعية الخالية من الصراعات ، والمملوءة بالحب ، والحانية ، والغنية بالمثيرات والخبرات ، وبمواقف التفاعل والتواصل الجيد مع الآخر .
* وتوفير بيئة خالية من الملوثات الضارة .
* وتوفير سبل العلاج والخدمات اللازمة لهم والتى تقدم من الجهات الحكومية والأهلية .

وكل ذلك بهدف توفير بيئة مناسبة تمكنهم من النمو النفسى والاجتماعى السوى ، الذى يحقق لهم التوافق الشخصى والاجتماعى ، والحياة الفاعلة وسط المجتمع .

جـ - أساليب التأهيل الاجتماعى والمهنى لذوى الاحتياجات الخاصة :

التأهيل المهنى لذوى الاحتياجات الخاصة هو التدخل التالى لعملية التدخل المبكر من أجل رعايتهم ، وهو المجال الثانى لرعايتهم بعد عملية التدخل ، وفيه يتم إعدادهم للحياة الاجتماعية والمهنية فى مرحلة الرشد .

وهو عملية ديناميكية متناسقة متكاملة تهدف إلى تنمية واستثمار قدرات المعاق إلى أقصاها لإكسابه أنسب المهارات الاجتماعية والمهنية التى تمكنه من أن يعيش عيشة استقلالية وعلى درجة مناسبة من التوافق الاجتماعى والنفسى

وأن يتكيف ويتنافس فى مجتمع الأسوياء بقدر الإمكان رغم الإعاقة التى ألمت به، وهذا لا يعنى الشفاء من العلة سبب الإعاقة ، ولكن هو محاولة للتخفيف من آثارها والالتفاف حولها ومحاصرة ما تسببه من عجز للمعاق ، وتختلف أساليبه من دولة لأخرى ، وتختلف خدماته من فرد لآخر حسب نوع الإعاقة وظروف وقدرات المعاق وإمكانات المجتمع والأسرة .

وعملية التأهيل تشمل ما يأتى :

- الاستمرار فى تقديم خدمات العلاج الطبى والمعينات والأجهزة المساعدة.
- الاستمرار فى تقديم الخدمات النفسية والترويحية اللازمة للمعاق .
- التأهيل الاجتماعى .
- التأهيل المهنى .
- تقديم خدمة التشغيل وما بعدها .

وقد أدى التطور العلمى والتكنولوجى إلى تغيير جذرى فى برامج التأهيل الاجتماعى والمهنى وتشغيل ذوى الاحتياجات الخاصة ، وتم الاستفادة من إسهامات علم النفس الاجتماعى وعلم النفس المهنى فى هذا المجال .

وأصبحت عملية التأهيل بمفهومها الشامل تهدف إلى تحقيق **مجموعة من الأغراض** تعتبر فى نفس الوقت عناصر لعملية التأهيل الكلية والمترابطة والمتكاملة ، وهذه الأغراض هى :

١ - تنمية الكفاية الشخصية لذوى الاحتياجات الخاصة عن طريق :

- توفير خدمات التوجيه والإرشاد النفسى لمساعدته على تقبل حالته

والإقبال على الحياة ، واكتساب القدرة على التوافق والاعتماد على النفس والتغلب على المشكلات التى تواجهه .

- تنمية ما لديه من إمكانات وقدرات بتقديم الخدمات الطبية وتزويده بالمعينات وتعليمه .
- معاونته على اكتساب العادات والمهارات التى تساعده على المحافظة على صحته وسلامته وكرامته ومظهره .
- تنمية ميوله واهتماماته لشغل وقت فراغه .

٢ - تنمية الكفاية الاجتماعية :

الإعاقة سواء أكانت خلقية أو مكتسبة تؤثر بدرجات متفاوتة على شخصية المعاق ، وعلى علاقاته الاجتماعية ، وما يمكن أن يقوم به من أنشطة ثقافية واجتماعية ومهنية ، ولذا فهو فى حاجة إلى التدريب على تعلم المهارات الاجتماعية وخلق المواقف التى تنمى لديه جوانب الكفاية الاجتماعية .

٣ - تنمية الكفاية المهنية :

العمل من أهم الوسائل التى تحقق للإنسان الاستقلال الاقتصادى والشعور بالذات والقيمة كعضو نافع فى المجتمع ، وبرامج التأهيل تحقق ذلك بما توفره لذوى الاحتياجات الخاصة من توجيه سليم لاختيار المهنة المناسبة ، والتدريب عليها ، ومعاونته على الالتحاق بالعمل المناسب ، والاستقرار والتقدم فيه ، وتتضمن تنمية الكفاية المهنية مايأتى :

- مساعدة المعاق على معرفة نفسه وإدراك جوانب القوة والضعف لديه ليحدد طموحاته فى ضوء ذلك .

- اكتساب المهارات والمعلومات المهنية بالتدريب .
- اكتساب الاتجاهات والعادات السليمة فى العمل .
- تنمية معلوماته عن بيئته بما فيها من فرص عمل ونشاط اقتصادى .
- تنمية شعوره بأهمية العمل الذى يتدرب عليه .
- تعريفه بحقوقه وواجباته كعامل ومواطن .

ومن ثم يكون التأهيل لذوى الاحتياجات الخاصة عملية تهدف إلى تنمية مهاراتهم الاجتماعية والمهنية وتشغيلهم فى أعمال مفيدة تشعرهم بالكفاءة والسعادة، وتمكن كل منهم من إعالة نفسه وأسرته ، بما يجعلهم يعيشون حياة نافعة وطبيعية لها معنى كأقرانهم العاديين ، ومن ثم تكون عملية التأهيل مهمة على مستوى الفرد بما سوف تمكنه من أن يستغل قدراته ، وتمكينه من مواجهة عجزه ، فتنمو ثقته بنفسه ، كما تنمو لديه اتجاهات إيجابية نحو نفسه ونحو المجتمع الذى يعيش فيه ، كما أنها مهمة على مستوى المجتمع بما سوف يساهم به ذوى الاحتياجات الخاصة فى تنمية المجتمع ورقيه على قدر إمكاناتهم .

كما أنه يمكن النظر إلى تأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة على أنه سوف يحقق أهدافا اجتماعية تتمثل فى تحقيق العدالة وتكافؤ الفرص بين أبناء المجتمع الواحد وبالتالى تتعاظم القيم الإنسانية التى تقى المجتمع من الانحرافات ، بالإضافة لما يحققه من أهداف اقتصادية تعود فائدتها على الفرد المعاق وعلى مجتمعه ، تتمثل فى أنه سيصبح مستقلاً معتمداً على ذاته ماديا ومشاركاً فى الحياة الاقتصادية للمجتمع .

وفى الجزء التالى سوف نلقى الضوء على عملية التأهيل الاجتماعى والتأهيل المهنى والتشغيل .

١ - التأهيل الاجتماعى :

يقصد بالتأهيل الاجتماعى تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة مهارات الحياة الاجتماعية أو مهارات التوافق مع المجتمع ، ويبدأ تأهيلهم من الطفولة حتى مرحلة الرشد ، ويهدف إلى إكسابهم مهارات التوافق النفسى والاجتماعى فى مراحل الحياة المختلفة .

ويحتل التأهيل الاجتماعى مكانه كبيرة فى برامج التربية الخاصة ، لأن المهارات الاجتماعية اللازمة للتوافق الاجتماعى فى الرشد يكتسبها الشخص العادى بنفسه ولا يحتاج لتعلم الكثير منها لأنه قادر على التعلم بالملاحظة وقادر على أن يطور منها ويبدع بحسب المواقف الحياتية التى يمر بها ، أما المعاقون فيحتاجون غالباً إلى تعلم مثل هذه المهارات واستخدامها فى مواجهة مواقف الحياة المختلفة بواسطة الآخرين .

ومن أهم المهارات الاجتماعية التى يلزم تدريب المعاق عليها نظراً لحاجته الضرورية إليها ما يلى :

- مهارات القيام بعبادة الله ، وتعمير الأرض فى حدود إمكاناته .
- مهارات العناية الشخصية وقضاء الحاجات الأساسية .
- مهارات رعاية شئون المنزل (النظافة والترتيب وإعداد الطعام) .
- مهارات الترويح عن النفس وشغل وقت الفراغ .
- مهارات المشاركة فى المناسبات الاجتماعية .
- مهارات استعمال النقود فى عمليات البيع والشراء .
- مهارات التعامل مع مؤسسات الادخار (البنوك – البريد) .

- مهارات الانتقال والسفر عند الحاجة ، واستعمال المواصلات الخاصة والعامة.
- مهارات تنمية العلاقات الاجتماعية مع الغير ، والتواصل فى ضوء المعايير الاجتماعية (القيم والعادات والتقاليد والمعتقدات والأعراف والمحرمات) .

وإن كنا فى ظل كل هذه الرعاية لا نستطيع أن نجعل المعاقين أشخاصاً عادية ، إلا أنه يمكننا أن نجعل حياتهم الاجتماعية قريبة قدر الإمكان من أنماط الحياة الطبيعية للعاديين فى مراحل الحياة المختلفة ، ومن ثم يعيشون حياة طبيعية بحسب ما تسمح به قدراتهم الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية .

٢ - التأهيل المهنى :

التأهيل المهنى والتأهيل الاجتماعى عمليتان متكاملتان فى رعاية الفرد من ذوى الاحتياجات الخاصة ، لأنهما يسهمان فى دمجه فى الحياة العادية ، وتمكينه من الحصول على عمل مفيد ، يتحول به من العجز إلى القدرة ، ومن الاتكالية إلى الاعتماد على النفس ، ومن العزلة إلى الاندماج مع الآخرين فى الحياة الطبيعية ، مما يشعره بالكفاءة والسعادة .

وقد ساهم علم النفس الإدارى وعلم النفس التعليمى وعلم النفس المهنى فى تطوير عملية التأهيل المهنى لذوى الاحتياجات الخاصة ، وساهمت نظرية السمات ونظريات النمو المهنى فى عملية الاختيار المهنى للمعاقين ، وحسب هذه النظريات فإن المعاقين ينمون مهنيا بالتدريج ، ويمرون بنفس المراحل التى يمر بها النمو المهنى عند العاديين ، إلا أنهم يحتاجون إلى مساعدة الوالدين والمتخصصين فى التربية الخاصة فى الاختيار الواقعى للمهنة بما يتناسب مع إمكاناتهم وقدراتهم وبما يتفق مع ظروفهم الاجتماعية .

ويمر تأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة مهنيا بخمس مراحل رئيسة ، هى:

المرحلة الأولى : التربية المهنية :

وفيها نساعدهم على اكتساب المعلومات والخبرات والمهارات الأساسية للنجاح فى التدريب المهنى ، وهى تبدأ من سن مبكرة فى دور الحضانة والابتدائى وما بعدها من مراحل التعليم والتأهيل .

المرحلة الثانية : الإرشاد المهنى :

الذى يهدف إلى مساعدة المعاقين المراهقين والشباب على اختيار المهنة المناسبة لقدراته وظروفه ونوع إعاقته ودرجتها ، ومساعدته على التدريب عليها والالتحاق بها .

وهذه الخطوة تحتاج إلى تحليل الفرد المعاق ، وتحليل العمل ، والمواءمة بين إمكانات الفرد المعاق ومتطلبات العمل ، ومساعدته على التدريب على العمل الذى تم اختياره ، ومساعدته على الالتحاق به ومتابعته فيه .

المرحلة الثالثة : التدريب على المهنة المختارة :

ويقوم التدريب المهنى للمعاقين على نفس الأسس التى يقوم عليها تدريب العاديين ومنها : وجود الدافع – التدريب بطريقة صحيحة – التركيز على الدقة أكثر من السرعة – التدرب الموزع أفضل من المركز ، تجزئة العمل ...

المرحلة الرابعة : التشغيل :

وهو الحلقة قبل الأخيرة فى سلسلة الجهود التى يبذلها المجتمع فى رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة ، كما أنه التدخل قبل الأخير من أجل رعايتهم ، وهو ثمرة الجهود المبذولة فى تعليمهم وتأهيلهم اجتماعيا ومهنيا ، والذى معه يشعرون

بالكفاءة والسعادة والقدرة على إعاله أنفسهم ، والمشاركة فى تقدم ونمو مجتمعهم بجوار العاديين .

المرحلة الخامسة : ما بعد التشغيل :

وهذه المرحلة تظهر امتداد خدمات التربيـة الخاصـة المقدمـة لـذوى الاحتياجات الخاصة إلى ما بعد الالتحاق بمهنه والاشتغال بها ، حيث يحتـاجون إلى متابعة أخصائى التشغيل ، بهدف تشجيعهم علـى الانتظـام فـى العمـل ، والاستمرار فيه ، والتوافق معه ، والرضا به ، والمحافظة عليه ، والترقى فيه ، كل ذلك فى حدود إمكاناتهم وظروفهم ، وهـذه الخـدمات تسـمى " الرعايـة اللاحقة " .

وعملية تحويل المعاق إلى الحياة الطبيعية ليس بالأمر السهل ، لأن الكثير منهم يصل إلى مرحلة الرشد مكتمل النضج فى بعض نواحى الشخصية ، وغير مكتمل النضج فى نواحى أخرى من الشخصية ، ومن ثم فإنهم فى حاجـة إلـى الرعاية بالتأهيل الاجتماعى والمهنى ، لتحويلهم من التواكل على الآخرين إلـى الاعتماد على النفس ، وتحمـل المسئولية وممارسـة أدوارهـم الاجتماعيـة والاقتصادية فى الحياة مثل العاديين قدر إمكاناتهم وظروفهم ، ويشعرون عند ذلك بأن حياتهم لها معنى عند أنفسهم وعند الآخرين .

وبرنامج تأهيل المعاقين يشمل عدة جوانب نتناولها فيما يلى :

١ – الدراسة الطبية للحالة :

بهدف تحديد نوع الإعاقة ودرجتها وتحديد الخدمات العلاجية المطلوبة ، ويقوم بها الفريق الطبى ، وهى نقطة الانطلاق لكل خدمات التربية الخاصة.

٢ - الدراسة الاجتماعية للحالة :

ويقوم بها الإخصائى الاجتماعى ، حيث يدرس الحالة الاجتماعية والأسرية والاقتصادية للحالة وغير ذلك مما يفيد فى عملية التأهيل .

٣ - الدراسة السيكولوجية للحالة :

ويقوم بها الاخصائى النفسى بهدف التقييم السيكولوجى للمعاق ، باستخدام أدوات ومقاييس الشخصية .

٤ - التقييم المهنى للحالة :

ويشارك فيها الفريق الطبى والإخصائى الاجتماعى والإخصائى النفسى ، والوالدين ، وهناك عدة وسائل لهذا التقييم منها الاختبارات السكولوجية ، والتقييم فى موقف عمل فعلى .

٥ - الخدمات التأهيلية المطلوبة للحالة :

بناءً على ما تم من دراسات سابقة يتم تحديد هذه الخدمات وهى تشمل :

أ - خدمات طبية .

ب - خدمات إرشادية تقدم للمعاق وأسرته والمربين .

جـ - خدمات التوجيه التعليمى والمهنى والتدريب .

د - خدمة التوظيف وما بعده .

هـ - خدمات وقائية مستمرة .

ويشرف على برامج تأهيل المعاقين فى جمهورية مصر العربية عدة جهات منها :

- مكاتب التأهيل الموجودة بالمحافظات ، وهى تستفيد بإمكانات ومؤسسات المحافظة ، ويعمل بها فريق تربية خاصة .
- مراكز التأهيل بالقاهرة والإسكندرية وتضم خدمات تأهيلية شاملة .
- الجمعية المصرية لرعاية وتأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة (الصم) بمصر الجديدة .

الثالث عشر : شروط نجاح برامج التدخل :

فى ضوء ما سبق ، يمكن القول بأن نجاح برامج التدخل فى التربية الخاصة سواء الوقائية والعلاجية والتأهيلية يتوقف على عدد من الإجراءات كشروط يجب توافرها لنجاح الجهود المبذولة فى عملية التدخل من أجل رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة ، وهذه الشروط هى :

١ - التشخيص المبكر للحالة بما يمكن من سرعة العلاج وتقديم الخدمات للحد من الإعاقة ومنع تفاقم الحالة .

٢ - التشخيص الدقيق لأنه يختصر خطوات العلاج ، ويحدد نوع الخدمة العلاجية ، ويمكن من تقييمها فى الوقت المناسب ، وهو يحتاج إلى دقة الفحص الطبى والعقلى والنفسى والاجتماعى .

٣ - التدخل الفورى ، أى تقديم العلاج اللازم فى حينه ودون تأخير .

٤ - الإرشاد والتوجيه للمعاق ولأسرته ومدرسته من أجل تقبله وفهم حالته وحاجاته وكيفية إشباعها ، والوقاية من الإعاقة .

٥ - تقديم الدعم الاجتماعى والاقتصادى للأسر والأحياء الفقيرة حتى لا تكون منتجة للإعاقات .

٦ - التوعية بأسباب الإعاقات وطرق الوقاية والعلاج .

٧ - إنشاء المراكز الحكومية والأهلية لرعاية المعاقين والتنسيق بينها ودعمها.

٨ - التوسع فى البرامج الوقائية والعلاجية والتأهيلية .

٩ - التقويم المستمر لهذه البرامج وإجراء الدراسات لتطويرها .

١٠ - التعاون مع المنظمات العالمية فى هذا المجال للإستفادة من تجارب الآخرين .

الرابع عشر : الفريق المشارك فى برامج التدخل :

التدخل متعدد التخصصات *Interdisciplinary Intervention* يتضمن تضافر جهود مجموعة متنوعة من المتخصصين كى يسهم كل منهم بمفاهيمه ووجهة نظره وجهده لتتكامل جميعاً فى خطة تربوية شاملة للطفل ذوى الاحتياجات الخاصة ، تسعى لتحقيق أفضل مستوى من النمو لإمكاناته بما يحقق الفائدة لهذا الطفل ولمجتمعه .

ويشمل فريق العمل فى برامج التدخل مجموعة من الإخصائيين فى مجالات التدخل حسب عناصرها وأساليبها وأنشطتها ، وهذا الفريق يضم :

١ - الأطباء وطاقم التمريض :

غالباً ما يكون طبيب أطفال أو طبيب نفسى أو طبيب أمراض عصبية ويشرف على الفريق الطبى والتمريضى ، ويقومون بدورهم بالتعاون والتنسيق مع باقى أعضاء الفريق بالآتى :

- التعرف على التاريخ المرضى فى الطفل وفى الأسرة .
- تحديد نوع الإعاقة وأعراضها وتضميناتها فى أنشطة البرنامج .

- علاج الإعاقة مع المتابعة والتقييم .
- ترتيب العلاقة بين الطفل ووالديه والأسرة ، وإجراء ما يتطلبه البرنامج من تعديلات فى طبيعة رعاية الطفل ومعاملته نفسيا ، وغذائياً .
- استثمار عناصر البرنامج فى الطفل وأسرته لأحداث التغيير فى الطفل ، وإتاحة الفرصة للتغيير لكى يصبح نمطاً من أنماط سلوك الطفل أثناء البرنامج وبعده .
- الخدمات التى يقدمها تكون على مستوى العلاج الطبى ، والوقائى ، والتأهيل الطبى .
- توعية الوالدين والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والمعلمين بأسباب الإعاقة وأساليب الوقاية والعلاج منها ، وإكسابهم المهارات التى تساعدهم على تقديم الرعاية للمعاق وحمايته من الأمراض .
- ولكى يكون الطبيب عضواً فعالاً فى فريق التدخل يجب أن يكون مؤهلاً للمشاركة فى تأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة مهنياً بالإضافة إلى تأهيله الطبى ، ولذا يجب تدريبه على استخدام نظريات علم النفس والتربية والاجتماع فى مجال تعديل السلوك وفى الإرشاد والتوجيه .

٢ - **الأخصائيون النفسيون :**

يحتاج المعاقون مثل العاديين إلى الرعاية النفسية التى تهدف إلى تنمية صحتهم النفسية ووقايتهم من الإنحراف وعلاج أى انحراف عندهم ، وتقع مسئولية ذلك على عاتق الأخصائيين النفسيين ويشاركهم باقى فريق التربية الخاصة لعملية التدخل الذى يجب عليه أن يراعى :

- المعاملة الحسنة والإنسانية مع المعاق ليشعر بالأمن والتقبل والاستحسان، والانتماء .
- إشباع حاجات المعاق الجسمية والنفسية والاجتماعية بالقدر المناسب وفى الوقت المناسب .
- تشجيع المعاق على الإنجاز وحب الإستطلاع والاعتماد على النفس والثقة بها وبالآخرين ، وتكوين مفهوم ذات إيجابى حتى يشعر بالصحة النفسية.
- مساعدة المعاق على التغلب على ما يوجهه من مشكلات حتى لا يشعر بالإحباط واستعمال حيل الدفاع النفسية .
- مساعدته على اتخاذ القرار المناسب وحل أى صراع يواجهه حتى لا يتعرض للاضطرابات النفسية التى تؤثر على توافقه الشخصى والاجتماعى .

ومن منطلق ذلك تكون مهمة الأخصائيين النفسيين هى :

١ – دراسة الحالة وتشخيص قدراتها ومهاراتها وسماتها وسلوكياتها ، وظروفها الأسرية مستعينين فى ذلك بأدوات جمع المعلومات ، وجهود باقى فريق التربية الخاصة .

٢ – وضع تقييم شامل متعدد الاتجاهات لإمكانات الحالة وما لديها من قصور.

٣ – تحديد مكان الرعاية أو الإقامة وفقا لما هو متاح من إمكانات .

٤ – مشاركة باقى الفريق فى وضع برنامج مناسب للحالة ، وتحديد أهداف التدخل ومداه وتحديد الأنشطة المناسبة للتدخل وتحديد كيفية المتابعة .

٥ – الإشراف على تنفيذ البرنامج وعملية المتابعة للتأكد من مدى استفادة الحالة وأسرتها من البرنامج .

٦ - المشاركة فى كتابة التقرير الدورى عن الحالة وتقدمها .

٧ - المشاركة فى إرشاد وتوعية الطفل وأسرته والمشرفين على رعايته بالمدرسة أو بمركز التأهيل من أجل تقبل المعاق ودمجه مع العاديين وتتضمن العملية الإرشادية هنا مايلى :

أ - التدريب على مساعدة الطفل للاستفادة من البرنامج والخدمات المقدمة .

ب - التوعية بالأساليب الملائمة لتدريب الحالة على المهارات المختلفة واللازمة .

جـ - التوعية بحاجات الطفل المعاق وكيفية إشباعها .

د - مساعدتهم على فهم حالة الطفل وتقبلها ومعرفة مشكلاته ، وكيفية الحد منها .

هـ - تشجيعهم على مشاركة الحالة فى الأنشطة والاهتمامات .

و - تبصيرهم بالخدمات المتاحة للحالة فى البيئة المحلية ، وكيفية الحصول عليها .

٣ - الإخصائيون الاجتماعيون :

يتداخل دور الإخصائى الاجتماعى مع دور الإخصائى النفسى فى كثير من الجوانب كما يتداخل دورهما مع باقى أعضاء فريق التربية الخاصة ، ورغم ذلك يمكن تحديد واجبات الإخصائى الاجتماعى فيما يلى :

- *على مستوى الطفل المعاق :*

* المشاركة فى البحث عن الحالات وعمليات الفرز والتسكين والأنشطة المرتبطة بها .

* القيام بالبحث الاجتماعى الشامل من حيث تاريخ الحالة وظروفها الأسرية والاجتماعية .
* المشاركة فى إعداد برنامج التدخل مع التأكيد على الجانب الاجتماعى .
* مساعدة المعاق على الحصول على الخدمات العلاجية والتأهيلية والوقائية
* مساعدة الحالة على التوافق الشخصى والاجتماعى ، مع تخفيف الضغوط النفسية والبيئية .
* تهيئة الأنشطة الاجتماعية والترويحية والتثقيفية من أجل تنمية قدرات المعاق العقلية والاجتماعية وتكسبه السعادة والرضا .
* تهيئة الفرص اللازمة لتنمية المهارات الاجتماعية لديه ، وكذا تشجيعه على المشاركة الاجتماعية .

– *على المستوى الأسرى :*

* مساعدة أسرة المعاق على فهم حالته وتقبلها ، ومعرفة مشكلاته والعمل على حلها ومعرفة احتياجاته وإشباعها بطريقة ملائمة .
* توعية الأسرة بكيفية التعامل مع المعاق ، وبدورها فى تنميته الشخصية والاجتماعية .
* تبصير الأسرة بضرورة تخليها عن فرض القيود على حركته ونموه .
* تبصير الأسرة بالخدمات المتاحة فى البيئة المحلية وكيفية الحصول عليها
* تقرير مدى المساعدة الاجتماعية اللازمة للطفل وأسرته فى ضوء المتاح.
* القيام بدور الوسيط لتكامل أجزاء البرنامج وإندماج كل من الطفل ووالديه فيها .

- على المستوى المجتمعى :

* العمل على تدعيم العلاقة المتوازنة بين المنزل والمدرسة والمجتمع ، بغرض تحقيق أهداف عملية التربية الخاصة لذوى الاحتياجات الخاصة .
* الاشتراك فى حملات التوعية للوقاية من الإعاقة وأهمية برامج التدخل .
* المشاركة فى حث المجتمع على توفير المزيد من الرعاية لذوى الاحتياجات الخاصة وتعميمها .
* المشاركة فى تعديل اتجاهات المجتمع نحو الإعاقة .
* المشاركة فى الدفاع الاجتماعى عن حقوق المعاق فى الرعاية الصحية والعلاجية والتأهيلية والتشغيلية .
* تهيئة الفرص الاجتماعية داخل المجتمع والتى يمكن أن يشارك فيها المعاق .

٤ - معلم التربية الخاصة :

يواجه معلم ذوى الاحتياجات الخاصة صعوبات كثيرة فى العمل معهم سواء فى الفصول العادية أو فى فصول التربية الخاصة أو فى المدارس الداخلية أو العمل كمدرس جوال بين المدارس ، ولذلك فإنه :

- *من الضرورى انتقاء هذا المعلم بحيث تتوافر فيه السمات والخصائص الآتية:*

* سلامة الجسم والحواس .
* نضج الشخصية والاتزان الانفعالي .
* الذكاء وسرعة البديهه .

* حب الأطفال وخاصة المعاقين منهم .
* النزعة الإنسانية فى مساعدة الضعاف .
* القدرة على التحمل والمثابرة وبذل الجهد .
* بشوش ومحبوب ومحب للغير .
* مؤهل للتدريس لذوى الاحتياجات الخاصة .
* الاقتناع بجدوى تعليم المعاقين .
* الوازع الدينى للعمل مع المعاقين .
* طلاقه اللسان والقدرة على الحديث والإقناع .
* القدرة والرغبة على العمل ضمن فريق التربية الخاصة .

– *ومن الضرورى أن يكون خبيراً فى :*

* تهيئة بيئة تربوية منظمة بدقة يمكن التنبؤ بكل ما يحدث فيها كى تساعد ذوى الاحتياجات الخاصة على تعلم السلوك الملائم .
* التدريس للأطفال المعاقين لأن كل إعاقة تحتاج مهارة خاصة من المعلم وصبر وتفاؤل فى التدريس .
* إعداد برامج تعديل السلوك وتطبيقاتها .
* اعداد المهام التعليمية وتقديمها بطريقة مشوقة وتنمى الثقة بالنفس.
* استخدام التقنيات الحديثة فى التدريس .
* تنظيم وعلاج المشكلات السلوكية لذوى الاحتياجات الخاصة .

* فهم حاجات ذوى الاحتياجات الخاصة ومطالب نموهم وإشباعها ليحقق لهم النمو السليم .
* التنسيق بين فريق التربية الخاصة بما فيه الأسرة .
* الإلمام بالتشريعات المرتبطة بالتربية الخاصة ليتمكن من مساعدة المعاق وأسرته من الحصول على الخدمات الحكومية والأهلية الخاصة بهم .
* عملية التقويم لذوى الاحتياجات الخاصة .
* تخطيط برامج التعليم الفردى والملائمة لكل طفل معاق بما يتناسب مع نوع ودرجة الإعاقة .

وفى ضوء ما يتمتع به معلم التربية الخاصة من سمات وفى ضوء ما يمتلكه من خبرة ، وفى ضوء تأهيله وتدريبه فإنه يستطيع القيام بالمهام الآتية :

- القيام بالتدريس الفعال لذوى الاحتياجات الخاصة .
- المرونة فى متابعة الواجب المنزلى .
- مراعاة جوانب القصور والعمل على الحد من آثارها السيئة .
- الاهتمام بجوانب القوة لديهم والعمل على تنميتها .
- مساعدتهم على الثقة بالنفس والاستقلال وتكوين مفهوم إيجابى عن الذات
- إشباع حاجاتهم ومراعاة مطالب نموهم .
- تنمية مهاراتهم الأكاديمية والاجتماعية .
- المساهمة فى حل مشكلاتهم وتدريبهم على التصرف فى المواقف المختلفة .

- تدريبهم على استخدام الوسائل التكنولوجية التى تناسبهم .
- المشاركة فى تخطيط برامج التدخل الفردية والجماعية ومتابعتها وتقييمها .
- المشاركة فى إرشادهم المهنى .
- المشاركة فى التنسيق بين أعضاء فريق التربية الخاصة .
- استمرار التواصل مع والدى الطفل المعاق وإرشادهم .

٥ - أخصائيو التشغيل والمتابعة :

هو إخصائى اجتماعى ، يأتى دوره بعد إتمام عملية تعليم وتأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة ، ويمكن تلخيص أهم مسئولياته فيما يلى :

- حصر فرص العمل المتاحة للمعاقين فى المجتمع .
- متابعة الحاق المعاقين بهذه الأعمال .
- تهيئة المعاق للعمل .
- تبصير المعاق بأهمية العمل والأجر الذى سوف يحصل عليه ، وبحقوقه وواجباته فى مجال العمل .
- الإشراف على التدريب الفعلى للمعاق على العمل الذى تم التحاقه به ، ومتابعة رفع كفاءته على أداء العمل باستمرار .
- الإشراف على تهيئة بيئة العمل المناسبة له .
- تهيئة زملائه فى العمل على قبوله والتعاون معه .
- متابعة المعاق حتى يستقر فى عمله .
- متابعة حصول المعاق على خدمات الرعاية اللازمة بعد تشغيله .

٦ - **الوالدان والأسرة :**

تعطى التربية الخاصة الحديثة دوراً كبيراً للوالدين والأسرة فى رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة ، وترى أنه من الضرورى اشتراكهم فى فريق التربية الخاصة ووضع برامج التدخل وتنفيذها ومتابعتها وتقييمها ، نظراً للأسباب التالية:

- لديهم معلومات على درجة كبيرة من الأهمية عن الطفل ذى الاحتياجات الخاصة .
- هم أقدر من غيرهم على فهم أبنائهم .
- هم أصحاب المسئولية الأولى فى رعاية أطفالهم .
- هم الذين يتحملون الجزء الأكبر من رعاية أطفالهم .
- هم الذين يحققون استمرار عملية تعلم الطفل بكفاءة طوال اليوم ، وليس فى جلسة العلاج فقط .
- هم الذين يستطيعون إكمال عمل المتخصصين بجلسات العلاج .
- يساهمون فى ضمان انتقال الطفل من جلسات العلاج إلى الحياة العادية .
- هم الذين يحبهم الطفل ويحبونه ، ويتأثر بهم ويؤثر فيهم .
- ليس هناك من هو أكثر حرصا على مصلحة الطفل ونموه منهم .

كما تحرص الإدارة المدرسية الحديثة على أن تكون العلاقة بين المعلم ووالدى الطفل المعاق طيبة ، وتقوم على الثقة والاحترام المتبادل من أجل التعاون مع المدرسة وتقبل توجيهاتها لتوفير حاجات الطفل المعاق وتنميته وإندماجه فى الحياة الطبيعية بقدر ما تسمح به ظروفه وقدراته ، كما تحرص على استمرار

هذه العلاقة ، وخلوها من الاضطرابات ليصبح المنزل مكملاً للمدرسة فى رعاية الطفل ذى الاحتياجات الخاصة ، **ويتم تدعيم هذه العلاقة عن طريق :**

- عمل لقاءات دورية للمعلمين مع الآباء لتبادل المعلومات عن الطفل ذى الاحتياجات الخاصة وخطة الخدمة الفردية للأسرة .
- التواصل عن طريق الرسائل وكراسة الملاحظات والهاتف .
- الأنشطة الاجتماعية والترفيهية التى يشارك فيها الأطفال والأسرة والمعلمين.
- الأنشطة التأهيلية والتعليمية التى يشارك فى تنفيذها أولياء الأمور مع المعلمين .
- السماح لهم بحضور جلسات العلاج مع الطفل المعاق ، وإكمال دور معلم التربية الخاصة عند العودة إلى المنزل .
- كتابة التقارير الدورية عن الطفل وتقدمه فى برامج التدخل وتقديمها للمعلم .

ومما ينشط **دور الوالدين والأسرة فى المشاركة** فى رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة ما يأتى :

- تنمية الوعى بالدور الذى يمكن أن يقوموا به فى التشخيص ووضع وتنفيذ برامج التدخل .
- الإرشاد الأسرى الذى يساعدهم على تخطي صدمة الإعاقة وتكوين اتجاه إيجابى نحو طفلهم المعاق .
- توعيتهم بطبيعة الإعاقة وما يترتب عليها من مشكلات .
- مساعدتهم على إعداد الطفل المعاق للالتحاق ببرنامج التدخل .

- تدريبهم على كيفية المشاركة فى برامج التدخل .
- تعريفهم بالخدمات المتاحة وأماكنها فى البيئة المحلية .

ويمكن حصر **مسئوليات الوالدين والأسرة** تجاه طفلهم ذى الاحتياجات الخاصة ، وهذه المسئوليات هى :

- تدريب المعاق على مهارات الحياة اليومية .
- الإحساس بوجود المعاق وحالته وإمكاناته .
- عدم مقارنته بأخوته حتى لا تتولد لديه روح الحسد والغيرة .
- مساعدته على تقبل وضعه وإعاقته وتدريبه على مسايرة البيئة .
- عدم عزله عن الناس وعن المشاركة فى الحياة اليومية .
- العمل على إشباع حاجاته دون تفريط أو إفراط .
- إخضاعه لبرامج التدخل الطبى والتعليمى والتأهيلى .
- اتباع أسلوب متوازن فى معاملته .
- التواصل المستمر مع جهات تقديم خدمات الرعاية الخاصة .
- تعزيز نجاحاته لتوليد مشاعر الثقة بالنفس والمفهوم الإيجابى للذات .
- العمل على الوقاية من تكرار حدوث الإعاقة فى ذات الأسرة باتباع الإجراءات الوقائية اللازمة فى هذا المجال .

ولكى يستطيع الوالدان والأسرة القيام بهذا الدور الحيوى المماثل لدور المعلم فى رعاية الطفل ذى الاحتياجات الخاصة يجب عليها :

- تهيئة بيئة منزلية منظمة يمكن التنبؤ بما يحدث فيها .

- الإحساس بمسئولياتها وواجباتها تجاه هذا الطفل .
- الإقرار بالواقع وعدم التجاهل والسعى نحو الحصول على خـدمات التربيـة الخاصة .
- الصبر والتذرع بالأمل فى الله .
- التدريب على المشاركة فى برنامج التدخل والدمج .
- الاستفادة من التطور العلمى والتكنولجيا فى هذا المجال .

خاتمة :

رغم أن برنامج التدخل تطورت تطــوراً كبيــراً إلا أن اســتراتيجياتها ووسائلها ونتائجها كانت ومازالت مثار للجدل العلمى والاجتماعى ، والانتقــادات الموجهة إليها تدور حول :

- مدى الآثار الانفعالية والعاطفية لبرامج التدخل علــى كــل مــن الطفــل ذى الاحتياجات الخاصة وأسرته .
- مدى صحة التوجيه نحو السوية باتباع أنشطة برنامج التدخل والدمج .
- مدى إمكانية زيادة نسبة ذكاء الطفل المعاق عقلياً بعــد خضــوعه لبرنــامج التدخل .

فيشير مشروع بيرى قبل المدرسى *Project Preschool Perry* إلى تلاشى تحسن نسبة ذكاء الأطفال بعد انتهاء برامج التدخل المبكر ، مع بقاء التحسن فى علاقات التفاعل الاجتماعى والبعد عن السلوك المنحرف ، بينما تشــير بــرامج أخرى إلى تحسن نسبة ذكاء الأطفال مثل برنامج " ميلواكى" وبرنامج "ابيسدريان"

- مدى ما يطرأ من تحسن فى تعليم وتأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة وخاصة حالات الإعاقة الشديدة .

وشهدت السنوات الأخيرة فى مصر تحسنا فى واقــع خــدمات التربيــة الخاصة الوقائية والطبية والنفسية والتربوية والتأهيلية والتشغيلية المقدمة لــذوى الاحتياجات الخاصة وأسرهم ، كما زادت مراكز ومدارس وفصول المعــاقين ، وتزايد الاهتمام بإعداد وتدريب المتخصصين فى مجال التربية الخاصة . ولكــن مازالت تعانى برامج التدخل لرعاية ذوى الاحتياجات الخاصة مــن المشــكلات الآتية :

- نقص الدعم المادى والمعنوى لبرامج التدخل .
- نقص الكوادر البشرية المدربة .
- محدودية الطاقة الاستيعابية لمراكز ومدارس وفصول التربية الخاصة .
- عدم انتشار المراكز والمدارس والفصول الخاصة بالتربية الخاصة فى أنحاء البلاد .
- نقص الأدوات المستخدمة فى الكشف والتشخيص .
- عدم توافر المناهج والوسائل التأهيلية المناسبة .
- المشاركة المحدودة من جانب الأسرة والمجتمع فى برامج الرعاية الخاصة .

ويمكن تجاوز المشكلات السابقة ، وتحمل أعباء ومسئوليات رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة عن طريق ما يأتى :

- التوعية بضرورة العناية بذوى الاحتياجات الخاصة من جانب الأسرة والمجتمع .
- تحميل النظام التربوى العام مسئولية تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة .
- توفير الدعم المادى لبرامج التدخل .
- توفير المناهج الملائمة لذوى الاحتياجات الخاصة .
- التقييم المستمر لبرامج إعداد المتخصصين فى مجال التربية الخاصة .
- التوعية بأساليب الوقاية والكشف المبكر عن الإعاقات .
- دعم مراكز الأمومة والطفولة ومستشفيات الأطفال .

- التوسع فى إنشاء مدارس رياض الأطفال وقبول ذوى الاحتياجات الخاصة بها.
- التوسع فى إنشاء مراكز ومدارس وفصول التربية الخاصة ، وتوزيعها على أنحاء البلاد .
- إنشاء مواقع على شبكة الانترنت تهتم بذوى الاحتياجات الخاصة ورعايتهم .
- دعم مراكز البحوث لتوفير المعلومات عن ذوى الاحتياجات الخاصة .
- تنظيم العمل فى مجال التربية الخاصة والارتقاء به ليكون علماء ومهنة وخدمة .
- الاستفادة من التقدم العلمى والتكنولوجى فى هذا المجال .
- تفعيل دور مشاركة الآباء والأسرة والمجتمع فى برامج التدخل .
- تعميق التعاون المحلى والدولى فى مجال التربية الخاصة .
- اشراك ذوى الاحتياجات الخاصة فى كل مناشط الحياة فى المجتمع على قدر إمكاناتهم وظروفهم . ٦٠

الفصل الثالث

الدمج

أولاً : مقدمة .

ثانياً : مفهوم الدمج .

ثالثاً : أساليب الدمج وتطورها .

رابعاً : أنواع الدمج .

خامساً : أهداف الدمج .

سادسا: فوائد الدمج .

سابعاً : سلبيات الدمج .

ثامناً : المبادىء التى يقدم عليها الدمج .

تاسعاً : التخطيط لعملية الدمج .

عاشراً : دور بعض المسئولين فى عملية الدمج .

الحادى عشر : تجارب دولية فى دمج ذوى الاحتياجات الخاصة .

الفصل الثالث

الدمج Mainstreaming

أولاً : مقدمة :

نظراً للظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية كان ذوى الاحتياجات الخاصة لا يجدون سوى العزلة ، فلم تكن هناك إمكانات لتعليمهم وعلاجهم وتأهيلهم ، ولا ثقافة تؤهل للتعامل الملائم معهم ، ولكن مع مرور الوقت تغيرت الظروف الاقتصادية إلى الأحسن ، ومع تزايد أعدادهم ، ووجود الثقافة التى زادت أهمية العمل على رعايتهم وجعلهم جزء من المجتمع فى التعليم والعمل ، تعالت الصيحات بضرورة توفير البيئة الطبيعية المناسبة لهم ، ليتمكنوا من التفاعل مع المجتمع بكل حرية .

ولم تعد عملية التدخل من أجل رعاية الطفل ذى الاحتياجات الخاصة كافية لجعله قادراً على التكيف مع مجتمعه ، بل أصبح من الضرورى إعداده لهذا التكيف فى بيئة طبيعية تلبى احتياجاته ومتطلباته ومحررة وخالية من العوائق ، وأصبحت الغاية تهيئة ذوى الاحتياجات الخاصة لكى يكونوا جزءاً من المجتمع ، وتهيئة المجتمع ليحتضنهم .

وبذلك تغيرت النظرة نحو ذوى الاحتياجات الخاصة على أنهم مختلفون عن غيرهم ، ويجب عزلهم عن المجتمع فى مراكز خاصة ، ومن أهم مؤشرات هذا التغير المطالبة والعمل على تحقيق التربية الجامعة أو ما يسمى بدمج ذوى الاحتياجات الخاصة فى المدارس العادية وفى المجتمع أسوة بأقرانهم العاديين .

وتعددت الآراء ووجهات النظر بشأن دمج ذوى الاحتياجات الخاصة فى مدارس التعليم العام ، وكانت هناك ثلاثة اتجاهات رئيسة فى هذا الشأن هى :

- *الاتجاه الأول* : أصحاب هذا الاتجاه يعارضون بشـدة فكـرة الـدمج ، ويعتبرون أن تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة فى مدارس خاصة بهم أكثر فعالية ، وأمنا وراحة لهم ، ويحقق الفائدة لهم حيث يجنبهم مشكلات كفلت لهم مؤسسات الرعاية الخاصة عدم التعرض لها ، وان ما يحصلون عليه من خدمات بها تتناسب مع ظروف إعاقاتهم ، ولكن يستطيعون الحصول عليها فى المجتمع الطبيعى ، بالإضافة إلى تجنبهم للاتجاهات السلبية التى كونها المجتمع أصلاً نحو المعاقين والتى تحتاج إلى فترات طويلة مـن الزمن للتخلص منها .

- *الاتجاه الثانى* : يؤكد أصحاب هذا الاتجاه فكرة الدمج لما لها من أثر فى تعديل اتجاهات المجتمع والتخلص من عزل الأطفال المعاقين ، والـذى يسبب إلحاق وصمة العجز والقصور بهم والتى قد يكون لها أثراً سـلبياً على ذات المعاق وطموحه ودافعيته ، أو على أسرته أو المجتمع بشـكل عام .

ويستمدون تأييدهم من منطلق أن من حق كل فرد مهما كانـت ظـروف الحياة فى بيئة طبيعية ، وأن ما تقوم به المؤسسات الخاصة من تكييـف البيئة بها لحياة المعاقين إنما تقوم بعزله عن المجتمع الحقيقى الذى مـن المفترض بأنه سوف يعيش فيه بمميزاته وعيوبه ، وتضعهم فـى إطـار ضيق لا يستطيعون الخروج منه أو تخطيه ، وهذا يخلق لديهم صـعوبة عندما يجدون أنفسهم مضطرين للتعامل مع بيئتهم الطبيعية ومجـتمعهم الطبيعى وما فيه من البشر .

- *الاتجاه الثالث* : ويرى أصحاب هذا الاتجاه بأنه من المناسب الاعتدال ، وعدم تفضيل سياسة على أخرى ، فهناك فئات ليس من السهل دمجها بل

يفضل تقديم الخدمات الخاصة لها من خلال مؤسسات خاصة ، ومن ثم فهم يؤيدون دمج ذوى الإعاقات البسيطة والمتوسطة فى المدارس العادية، ويعارضون فكرة دمج ذوى الإعاقات الشديدة جداً ومتعددى الإعاقات .

ولقد احتضن غالبية التربويون الآن هذا المنحى الجديد " الدمج " وبدءوا يروجون له كأساس يقوم عليه تعليم وتأهيل المعاقين الذين عزلوا وحرموا منذ عدة عقود من فرصة التفاعل مع أقرانهم العاديين ، وأبعدوا عن فرص المشاركة فى الحياة الاجتماعية ، ففصول ومعاهد التربية الخاصة وفرت لهم الخدمات التعليمية المختلفة إلا أنها أخفقت فى تطوير مهارات التفاعل الاجتماعى لديهم .

ويعد هذا التوجه نحو دمج الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى المدارس العادية أحد أهم التطورات الحديثة التى شهدها ميدان التربية الخاصة ، ولم يعد الدمج مجرد حلم أو قضية نظرية ولكنه أصبح واقعاً تفرضه التشريعات والآمال التربوية ليكون نواة لمجتمع أكثر شمولية ينتمى إليه الجميع ، ونظام يمكن المجتمع من تقديم أفضل الخدمات التربوية الخاصة التى يحتاج إليها ذوى الاحتياجات الخاصة ، ويمكنهم من الحياة حياة كريمة تحمل الاحترام والتقدير المجتمعى لهم .

ونرى أن الدمج عملية تقوم فى جوهرها على أساس دينى واجتماعى واخلاقى وإنسانى ضد التصنيف والعزل لأى فرد بسبب إعاقته ، ورفض الوصمة الاجتماعية للمعاقين .

وفى الآونة الأخيرة يلاحظ بصورة جلية أن سياسة الدمج نمت وتطورت كحركة تربوية واجتماعية تقف فى مواجهة سياسة العزل ، وكطريقة مثلى لرعاية ذوى الاحتياجات الخاصة ، وتحظى باهتمام وقبول الغالبية من رواد التربية الخاصة فى الدول المتقدمة والنامية على حد سواء .

ولقد خطى المجتمع المصرى خطوات واسعة فى مجال التدخل والدمج لذوى الاحتياجات الخاصة ، باعتبار أنهم جزء من المجتمع لهم نفس الحقوق وعليهم نفس الواجبات ، ومن ثم فإن لهم الحق فى الرعاية الصحية والتربوية والنفسية والاجتماعية مثلهم مثل غيرهم دون تمييز وبحسب ما تسمح به قدراتهم وظروفهم ، وتم البدء فى تفعيل دور المدارس العادية ، واستقبالهم إنطلاقاً من مبدأ المساواة ، وعلى أنها المكان التربوى الطبيعى الذى يمكن أن ينشىء فيه جميع الطلاب ، ويساعد على القضاء على المشكلات النفسية والاجتماعية التى يمكن أن تظهر عليهم فى المستقبل نتيجة لعزلهم ، لذا يحتم علينا دمجهم دون النظر إلى نوع إعاقاتهم ، مع توفير الرعاية الفردية الخاصة بكل حالة وفقاً لاحتياجاتها .

ثانياً : مفهوم الدمج *Mainstreaming* :

إن مصطلح الدمج مصطلح جديد ظهر فى الولايات المتحدة الأمريكية بظهور القانون رقم (١٤٢/٩٤) بتاريخ ١٩٧٥م ويقصد به دمج المعوقين (ذوى الاحتياجات الخاصة) مع أقرانهم العاديين فى المدارس العادية .

ويقال فى اللغة دمج الشىء دمجا إذا دخل فى الشىء واستحكم فيه ، وأدمجت الشىء إذا لففته فى ثوب .

ويقصد به فى مجال التربية بأنه :

وضع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين فى الصف العادى ، وبشكل مؤقت أو دائم ، بشرط تقديم خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة لهم ، وإعدادهم للعمل فى المجتمع مع العاديين وهذا يعنى :

- تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة فى المدارس العادية مع أقرانهم العاديين .

- استيعاب الطلاب ذوى الاحتياجات الخاصة فى مدارس التعليم العام جسدياً ، وتعليمياً ، واجتماعياً .
- ضرورة أن يقضى الطفل المعاق أطول وقت ممكن فى الفصول العادية .
- ضرورة تزويدهم بالخدمات الخاصة إذا لزم الأمر .
- ضرورة اتخاذ الإجراءات التى تضمن استفادتهم من البرامج التربوية المقدمة فى هذه المدارس .
- ضرورة إعدادهم بطريقة تمكنهم من العمل فى المجتمع مع العاديين .

ويمكن أن يتحقق هذا الدمج من خلال :

* تنمية مهارات إيجابية لدى جميع من يعنيهم الأمر سواء داخل أو خارج المدرسة .
* جعل غرفة الدارسة مجتمعا صغيراً يقدر إسهامات كل أعضائه .
* جعل المدرسة مكاناً مناسباً يتعلم وينمو فيه جميع التلاميذ بقدر ما تسمح به إمكانات كل منهم .
* إعداد البرامج التربوية التى تساعد المعلمين وترشدهم للقيام بما يلزم من تعديلات فى المناهج وطرق التدريس ، وتقديم الخدمات المساندة من جانب المتخصصين بالتعاون مع المعلمين .
* توفير الفرص المناسبة لمساعدة مختلف التلاميذ العاديين ، وذوى الاحتياجات الخاصة ، على تكوين علاقات إيجابية ، وتنمية صداقات ذات معنى مع بعضهم .

ومن ثم يكون الدمج بمثابة إتاحة الفرصة أمام الأطفال المعاقين للانخراط فى نظام التعليم العام ، كإجراء للتأكيد على مبدأ تكافؤ الفرص فى التعليم ، ومواجهة الاحتياجات التربوية للطفل المعاق ضمن إطار المدرسة العادية ، ووفقاً لأساليب ومناهج ووسائل تعليمية يشرف على تقديمها جهاز تعليمى متخصص ، بالإضافة إلى كوادر التعليم فى المدرسة العادية .

وهناك من التربويين العاملين بمجال التربية الخاصة من يستخدم مصطلح التكامل *Integration* للتعبير عن عملية تعليم المعاقين وتدريبهم ورعايتهم مع أقرانهم العاديين ، ويميزون بين أنواع من التكامل وهى :

١ – التكامل المكانى *Location Integration* : يشير إلى وضع المعاق فى فصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية .

٢ – التكامل الوظيفى *Fanctional Integration* : يعنى اشتراك المعاق مع أقرانه العاديين فى استخدام المواد المتاحة .

٣ – التكامل التعليمى *Educational Integration* : يعنى أن يدرس المعاق المدمج مع أقرانه العاديين فى الفصل العادى نفس المواد والمناهج الدراسية التى يدرسها العاديون قدر الإمكان .

٤ – التكامل الاجتماعى *Socail Integration* : يشير إلى اشتراك الطفل المعاق مع أقرانه العاديين فى الأنشطة غير الأكاديمية مثل اللعب والرحلات ... ويكون علاقات ويقيم اتصالات ويتضامن معهم ، ليشعر بالانتماء والولاء للجماعة .

٥ – التكامل المجتمعى *Societal Integration* : يعنى إتاحة الفرصة للمعاقين بالحياة فى المجتمع بعد تخرجهم من المدارس العادية ومراكز التأهيل ، وضمان حق العمل لهم والاعتماد على أنفسهم قدر الإمكان .

ومن هذا المنطلق عرف البعض الدمج على أنه :

هو التكامل الاجتماعى والتعليمى للأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة والأطفال العاديين (الأسوياء) فى الفصول العادية ولو لجزء من اليوم الدرسى على الأقل ، وذلك ارتبط بتواجد التلميذ فى الصف الدراسى بالمدرسة العادية لجزء من اليوم الدراسى ، كما يرتبط أيضا بالاختلاط الاجتماعى المتكامل ، وبضرورة أن يكون هناك تكامل وتخطيط تربوى مستمر .

أو بمعنى آخر أن تشمل فصول ومدارس التعليم العام على جميع الطلاب بغض النظر عن الذكاء أو الموهبة أو المستوى الاجتماعى والاقتصادى أو الخلقية الثقافية ، ويجب على المدرسة العمل على دعم الحاجات الخاصة لكل طالب .

استخدمت العديد من المصطلحات للإشارة إلى عملية إبعاد المعاقين عن المؤسسات الداخلية ، وتقريبهم من الحياة فى المجتمع كغيرهم من الأفراد العادين ومن هذه المصطلحات ، التحرر من المؤسسات *Deins Titutionalizataion* التعويد أو التطبيع *Normalization* والتكامل *Integration* والإدماج *Mainstreaming* . ويبدو أن استخدام هذه المصطلحات اختلف من مجتمع إلى آخر ، ومن حقبة زمنية إلى اخرى ، ومن باحث إلى آخر حسب الغرض من استخدامه ، وفلسفة استخدامه ، فقد استخدم مصطلح " التحرر من المؤسسات " على سبيل المثال ليشير إلى تلك العملية التى تتضمن إبعاد المعاقين عن المؤسسات الخاصة الداخلية ووضعهم فى بيئات مفتوحة وأقل تقييداً لحرياتهم قدر

الإمكان ، وبما يسمح بإسهام المجتمعات المحلية فى رعاية المعـــاقين بصـــورة تساعد على تعويدهم الحياة بين أقرانهم العادين .

فكان استخدام مصطلح " التحرر من المؤسسات " له مبرراته ، حيث أتى فى وقت ازدادت فيه عدد المؤسسات الخاصة بالمعاقين بصورة توحى بضرورة عزلهم عزلاً تاماً عن المجتمع . ومن ثم كان من الضرورى اتخـــاذ إجـــراءات معينة – فى بادىء الأمر – للحد من التوسع فى إنشاء المؤسسات مـــن جهـــة ، واستخدام أساليب بديلة لرعاية المعاقين من جهة أخرى ، وكذلك العمـــل علـــى إرجاع جميع المعاقين الذين تم قبولهم بالمؤسسات إلى مجتمعاتهم المحليـــة بعـــد تزويدهم بالتدريب والتأهيل الذى يمكنهم من الحياة بين أقرانهم العاديين ، فضـــلا عن ضرورة إعداد المؤسسات بحيث تكون أكثر إيجابية وأقل تقييداً لحريـــاتهم ، وتقربهم من أسلوب الحياة العادية قدر الإمكان .

وكان مصطلح التعويد أو التطبيع يقضى بأن تتاح للمعاقين نفس أساليب، وظروف ، وفرص الحياة العادية المتاحة لبقية أفراد المجتمع . ويرى وولفسبرجر أن مصطلح التعويد أو التطبيع يشير إلى عملية استخدام وسائل الثقافـــة العاديـــة لمساعدة المعاقين على الحياة فى ظروف أو مستوى يماثل تلك الظـــروف التـــى يعيش فيها الأفراد العاديين . كما أنه يتضمن تعليم المعـــاقين أســـاليب الســـلوك المناسبة ، وتشجيعهم على استخدامها ، وتعويدهم على الظهور بالمظهر اللائق ، وتعريضهم لخبرات متعددة تقربهم من أساليب الحياة العادية وتيسر لهم الاندماج فيها .

ويعد مفهوم إدماج المعاقين مفهوماً حديثاً ونتاجاً لمفهومى التحـــرر مـــن المؤسسات والتعويد (أو التطبيع) ، سالفا الذكر .

وقد استخدم البعض مصطلح التكامل *Integration* للتعبير عن هذه العملية، وهو يشير إلى ضرورة تعليم المعوقين وتدريبهم ورعايتهم مع أقرانهم العاديين . ويرى أصحاب هذا الرأى أن مصطلح " التكامل " يعد أكثر ملاءمة حيث يتضمن عملية تكيف الجوانب الاجتماعية ، والعضوية ، والمهنية للمعاقين مع المجتمع (محمد السيد صديق ، ٢٠٠٠) .

وأصبح مصطلح " الدمج " يشير إلى عملية شاملة تتضمن جميع المصطلحات السابقة ، فهى تتضمن تعليم المعاقين فى المدارس العادية (أى التحرر من المؤسسات) ، ومع أقرانهم العاديين (أى التعويد أو التطبيع) وكذلك إعدادهم للعمل فى المجتمع ومع العاديين أيضًا (أى التكامل) وأن أساليب إدماج المعاقين تختلف من بلد إلى آخر حسب إمكانات كل منها من جهة ، وحسب نوع الإعاقة ودرجتها من جهة لأخرى ، بحيث يمتد من مجرد وضع المعوقين فى فصل خاص ملحق بالمدرسة العادية إلى إدماجهم إدماجاً كاملاً فى الفصل الدراسى العادى مع إمدادهم بما يلزمهم من خدمات خاصة (عبد العزيز الشخصى، ١٩٨٧) .

ومما سبق ، يتضح أن مفهوم الدمج ارتبط بالمفاهيم الآتية :

- البيئة الأقل عزلا *Least Restrictive Environment(LRE)* : يقصد بها الإقلال بقدر الإمكان من عزل الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، وذلك بدمجهم قدر الإمكان بالأطفال العاديين فى الفصول والمدارس العادية فمن حق كل معاق تعليمه وتربيته وخدمته فى أكثر الأوضاع التعليمية وفى أكثر الأحوال النفسية قرباً إلى حياة العاديين .
- المدارس الجامعة : تتمثل فى المدارس العادية التى تقبل جميع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة والأطفال العاديين بحيث تتحقق المشاركة

الكاملة والتفاعل والتواصل مع الآخرين عملاً بمبدأ جعل المعاق طبيعياً أو سوياً ، ويقوم فيها برعاية وتعليم الأطفال فريق مكون من المعلم العادى ومعلم التربية الخاصة وإخصائيين اجتماعيين ونفسيين وطبيب وممرضة ، بالإضافة إلى كل من له صلة بالعملية التعليمية بالمدرسة .

- فصول خاصة بالمدارس العادية : تتمثل فى فصول خاصة منفصلة داخل المدارس العادية ، تضم الأطفال الذين لا تسمح إعاقاتهم مواصلة الدراسة فى الفصول العادية ، على أن تتاح لهم فرص التفاعل الاجتماعى مع أقرانهم الأسوياء من خلال الأنشطة التربوية مثل التربية الرياضية والموسيقى ... وغيرها .

- تكامل المدارس الخاصة والمدارس العادية : تضم المدارس أو الفصول الخاصة بجانب المدارس أو الفصول العادية حيث تتاح أمام الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة قضاء بعض الوقت فى المدارس أو الفصول الخاصة، أثناء تعليمهم فى المدارس العادية .

وتقوم المدارس الخاصة مقام مراكز المصادر حيث تقدم المعلومات والمشورة للمدارس العادية ، وتنظم الخدمات المساندة للأسرة وغيرها .

ثالثاً : أساليب الدمج وتطورها :

نعرض فيما يلى التطور التاريخى لأساليب التعامل مع ذوى الاحتياجات الخاصة ، وكذا أساليب العزل والدمج الشائعة فى معظم دول العالم النامية والمتقدمة على حد سواء .

أ - التطور التاريخى لأساليب التعامل ذوى الاحتياجات الخاصة :

من خلال التراث الثقافى فى مجال التربية الخاصة يمكننا التمييز بين ثلاث مراحل مرت بها طريقة التعامل مع ذوى الاحتياجات الخاصة ، وهذه المراحل توضح تطور وجهة النظر بشأن طريقة تعامل النظام الاجتماعى مع هذه الفئة وكيف كان يتم تسكينهم فى النظام التعليمى بغرض تقديم الرعاية لهم ، وهذه المراحل هى :

١ - مرحلة العزل والتغريب *Estrangement* :

اتسمت هذه المرحلة بالقسوة فى التعامل مع المعاقين ، وكان ينظر إليهم على أنهم عبء ثقيل على المجتمع ، وكانوا يحرمون من أى مكانه فى المجتمع ، ويستبعدون ويعاملون بقسوة ، وساد ذلك عصر الرومان والإغريق ، وظل يعمل بنظام العزل حتى منتصف القرن العشرين تقريباً ، فكان يتم عزل المعاقين فى مؤسسات ومدارس مستقلة بعيداً عن العاديين ويتم تعليمهم وفق مناهج خاصة وعلى أيدى معلمين متخصصين لتفادى أى مشكلات تنجم عن وضعهم مع العاديين فى مدارس واحدة .

وكان النظام الاجتماعى يرى أن نظام العزل يحقق للمعاقين ما يلى :

- وضعهم فى محيط تعليمى خاص بهم ويلائم حالاتهم .
- أنه يكفل لهم حقهم فى التدريب والتعليم .
- يقلل من آثار قصورهم وعجزهم .
- أفضل لنموهم وتوافقهم .

- أنه لا مفر منه خاصة بالنسبة لذوى الإعاقات الشديدة والمتعددة والتى يتعذر معها توفير الرعاية الخاصة بها فى نطاق المدارس العادية .

وفى إطار هذه النظرة أنشئت مراكز وملاجىء للعناية بالمعاقين وكانت تقوم على توفير المأوى والكساء والغذاء والعلاج الطبى والنفسى لهم وخاصة فى ظل الإسلام لما أوجبه من رعاية لهم من جانب الأهل وأولى الأمر فى المجتمع .

٢ - مرحلة التحرر الذاتى :

بدأت هذه المرحلة مع مطلع القرن السابع عشر الميلادى ، حيث استطاع عدد من العباقرة المعاقين بجهودهم الفردية أن يثبتوا وجودهم ويكسروا قيود الإعاقة والوصمة التى فرضها عليهم النظام الاجتماعى ، وبناء على ذلك تعدلت توقعات المجتمع للسلوكات التى تصدر عنهم ، وزاد الاهتمام بهم ، والمناداة بضرورة توفير الحياة الكريمة لهم ، وأنشئت المؤسسات التعليمية والتأهيلية لهم .

وبذلك تعدلت سياسة العزل فى النظام الاجتماعى ، وتم الاتجاه نحو سياسة التسكين المعهدى (معاهد الصم ، معاهد المكفوفين ...) فى النظام التعليمى بفرض منح الأطفال المعاقين فرص أفضل فى النمو لأقصى ما يمكن .

٣ - مرحلة التكامل والاندماج :

ذهبت الآراء التربوية المعاصرة إلى أن الظروف الحياتية وظروف تعلم الطفل المعاق يجب أن تكون أقرب ما يكون إلى الصورة العادية ، فليس من المعقول أن نتوقع نمو السلوك العادى عند أى فرد إذا كان هذا الفرد يعيش فى ظل ظروف غير عادية كما هو فى ظل سياسة التغريب (العزل) .

ومن ثم تبنى المتخصصون فى مجال التربية الخاصة استراتيجيات جديدة أكثر إيجابية للتخفيف من أثر نظام العزل ، وإتاحة فرص الحياة اليومية لهم ،

والمشاركة فى الحياة الطبيعية على قدر استعداداتهم وإمكاناتهم ، وأن يحيوا فـــى أوضاع بيئية تتسم بأقل قدر من القيود الاجتماعية والنفسية والتعليمية ، لاستثمار طاقاتهم إلى أقصى ما يمكن .

واستخدمت هذه الاستراتيجيات المبنية على مفهوم التطبيع تجاه العاديـــة *Normalization* فى محاولة لتحقيق التكامل بين المعاقين والعاديين مـــن خـــلال البرامج التعليمية والتأهيلية ، التى تقضى بتزويدهم بخبرات الحياة العادية داخـــل الفصل الدراسى وخارجه ، وتتيح لهم فرصة ملاحظة سلوك الآخرين العـــاديين والتفاعل معهم فى ظل ظروف ومواقف عادية ، وطرح الباحثون أساليب ونظـــم رعاية تقضى بإدماجهم فى مدارس العاديين قدر الإمكان ولأطول وقت ممكن مع توفير الخدمات التربوية الإضافية المناسبة لاحتياجاتهم من أجل الاســتفادة مـــن البرامج التعليمية العادية أو المعدلة ، ومساعدة الطفل المعاق على أن يبدأ حياتـــه دون أن يحمل الوصمة الناتجة عن مسمى الإعاقة .

ولم يتوقف الأمر عند حد دمج المعاقين مع العاديين من خلال البـــرامج التعليمية بل امتد التكامل بينهم مـــن خـــلال الأنشـــطة الاجتماعيـــة المدرســـية والمجتمعية ، وهذا ما تنشده شعوب العالم الآن من تكامل فئات المجتمع ، وتهيئة ظروف تعليمية وتأهيلية ونفسية واجتماعية تمكن المعاقين مـــن الانـــدماج فـــى المجتمع ، وتحقيق أفضل نمو شخصى وأكاديمى واجتماعى فى ظل هذه البيئـــة الطبيعية .

وبناءً على وجهة النظر المرغوب فيها الآن والتى تؤمن بالدمج وتكثيف عملية التطبيع الاجتماعى لذوى الاحتياجات الخاصة يكون أمام الطفـــل المعـــاق التسكين فى البرامج التعليمية فى أحد الفرص الآتية :

- فصل عادى مع غرفة المصادر وتقديم خدمات خاصة .

- فصل تربية خاصة بعض الوقت أو طول الوقت .
- مدرسة تربية خاصة .
- مدرسة تربية خاصة داخلية .
- معهد أو مؤسسة أو مستشفى أو أسرة (حالات المنازل)

ومع هذا التسكين ينبغى مراعاة ما يلى :

- تسكين الطفل المعاق فى النظام التعليمى الأقرب إلى الفصل العـادى الـذى تسمح به حاجاته وخصائصه .
- أن تكون الترتيبات مرنة بقدر الإمكان بحيث تسمح باندماج له معنى وفائـدة فى تعليم الطفل ذى الاحتياجات الخاصة والطفل العادى .
- أن تتيح البرامج إعادة التقويم الدورى لتحديد مدى ملاءمة الاسـتمرار فـى برنامج معين أو نقل الطفل المعاق لبرنامج آخر إذا كانت حاجته وخصائصه قد تغيرت .

ب - أساليب الدمج والعزل :

أساليب وطرق الدمج :

يقصد بأسلوب الدمج تقديم مختلف أنواع الخدمات والرعاية للمعاقين من ذوى الاحتياجات الخاصة فى بيئة الأفراد العاديين ، وهذا يعنى عدم عزل هؤلاء الأفراد فى مؤسسات خاصة عن أقرانهم العاديين .

وتختلف أساليب وطرق دمج المعاقين من دولة إلى أخرى حسب إمكانات كل دولة وحسب نوع الإعاقة ودرجتها ، بحيث يمتد الأمر مـن مجـرد وضـع المعاقين فى فصل خاص ملحق بالمدرسة العادية إلى إدماجهم كاملاً فى الفصـل

المدرسى العادى مع إمدادهم بما يلزمهم من خدمات خاصة والأساليب المتبعة فى دمج المعاقين هى :

١ - فصول التربية الخاصة :

وهى فصول بالمدرسة العادية يلحق بها الطفل ذو الاحتياجات الخاصة فى بادىء الأمر ، مع إتاحة الفرصة أمامه للتعامل مع أقرانه العاديين أطول فترة ممكنة من اليوم الدراسى ، مما يتيح له فرصة المرور بخبرات اجتماعية متنوعة. ولهذه الفصول هيئة تدريس متخصصة فى التربية الخاصة .

وانتشرت فصول التربية الخاصة نظراً لما يأتى :

- توفر الحماية للمعاقين من الفشل فى الفصول العادية ، ومن رفض الزملاء ، ومن فقدان تقدير الذات .
- تضم عدد محدود من التلاميذ من إعاقة معينة مما يمكن من تلقينهم تعليماً فردياً .
- وجود منهج ملائم لنوع الإعاقة ، ويعدهم لأعمال تناسب تلك الإعاقة .
- تتيح التحرر للمعلمين العاديين بعد أن شعروا بالإحباط فى محاولة تعليم المعاقين .
- الاعتقاد بأنها سوف تؤدى إلى مساعدة المعاقين فى تحقيق تحصيل وتوافق مدرسى أفضل ، وتوفير دعم أسرى لهم .

ومما تجب الإشارة إليه أن فصول التربية الخاصة ظهرت على صورتين، حسب المدة التى يقضيها الفرد المعاق داخلها ، وهما :

أ - **فصول التربية الخاصة لبعض الوقت :**

هى فصول تختلف عن غرفة المصادر فى أن التلميذ المعاق يعين له مدرس تربية خاصة وفصل خاص ويبقى فيه فترة كبيرة لدراسة المواد ذات التوجه الأكاديمى ، ويقضى بقية وقته فى الفصول العادية المدمجة وتكون اقل فى توجهها الأكاديمى وتشتمل غالباً على الأنشطة ، وبذلك توفر موقعا أكاديميا غير مهدد للمعاق مع الدمج فى المسار الاجتماعى بعض الوقت . أما فى نظام غرفة المصادر فإن المعاق يقضى معظم وقته فى فصل عادى ، ويحصل على الخدمات المساندة من التربية الخاصة فى غرفة المصادر .

ب - **فصول التربية الخاصة طول الوقت :**

وفى هذا النظام تنشأ فصول تربية خاصة فى المدرسة الموجودة فى المنطقة السكنية ، ويدافع عن هذا النظام باعتبار أنها توفر فرصة خاصة لتعليم المعاقين بالطريقة المناسبة وعلى أيدى مدرسين متخصصين وفى مجموعات صغيرة متوافقة ، ولكن يعاب عليها فى أنها تعزل المعاق تماماً عن أقرانه العاديين مما ينعكس على توافقه الاجتماعى فيما بعد .

اختلفت وجهات النظر حول مدى فاعلية الفصول الخاصة للمعاقين ، فالبعض يؤيد الفصول الخاصة للمعاقين ضمن إطار المدارس العادية على اعتبار أن المعاق يحصل فيها على العون اللازم ليحقق الحد الأقصى فى تعلم المهارات الأكاديمية لما يجده من رعاية فردية أو فى وسط مجموعة قليلة من التلاميذ العاديين ، والبعض الآخر يرفض فلسفة الفصول الخاصة للمعاقين ضمن إطار المدارس العادية ، نظراً لأن المعاق يتعلم أفضل داخل الفصول النظامية العادية لما فيها من استثارة من جانب التلاميذ العاديين ، ولأن المعاقين ينمو لديهم مشاعر النقص لوجودهم معزولين فيما يسمى بفصول التربية الخاصة ،

والدراسات لم تحسم مدى فاعلية هذه الفصول ولم تحدد مكونات هــذه الفصــول والمهارات الواجب توافرها فى معلم هذه الفصول .

٢ - غرفة المصادر *Resource Room* :

هى غرفة خاصة فى مبنى المدرسة العادية ، يتلقى فيها ذو الاحتياجــات الخاصة المساعدة الخاصة كلما دعت الحاجة وبصورة فورية ، ولبعض الوقــت حسب جدول يومى ثابت ، بجانب وجودهم فى الفصول العادية .

وغرفة المصادر تتوافر فيها التجهيزات والمواد والأدوات اللازمة للوفاء باحتياجات المعاقين ومن أهمها :

أ - المقاعد والمناضد والأرفف والدواليب والسبورات والحواجز المتحركة .

ب - الوسائل التعليمية البصرية واللمســية والســمعية ، ومنهــا التســجيلات الصوتية والمرئية والصور الثابتة والمتحركة ، والشرائح الفوتوغرافية ، والمواد المطبوعة كالكتب والنشرات والمناهج واللوحات .

وغرفة المصادر تعكس فلسفة المشاركة فى المسئولية بين التعليم النظامى والتربية الخاصة للمعاقين ، والتى تهدف إلى إدماج المعاقين بقدر الإمكــان فــى التعليم العادى مع الاستمرار بتزويدهم بخدمات التربية الخاصة المساندة عنــدما تدعو الحاجة ، حيث يقضى المعاق معظم اليوم الدراسى مع زملائه العاديين مما يزيل عنه الوصمة المرتبطة بوجوده فى مدرسة أو فصل للتربية الخاصة .

وفى غرفة المصادر يقابل التلميذ المعاق مدرسين متخصصين فى التربية الخاصة وكذا مدرسين عاديين ، ويتلقى على أيديهم خدمات خاصة ، وتــدريس ، وتهيئة لظروف المدرسة .

وغرفة المصادر مصممة لتكون المصدر الرئيسى للوفاء بالاحتياجات الأكاديمية الأساسية للمعاقين ، متى تعذر عليهم الاستفادة من غرفة الصف العادى، فقد يقضى التلاميذ المعاقون نصف يومهم فى غرفة المصادر يتلقون مهارات علاجية أو التدريب على مهارات أكاديمية ، وتكون مسئولية مدرس الصف العادى تربيتهم وتعليمهم ، أما مدرس غرفة المصادر يتحمل مسئولية تقديم الخدمات المتخصصة كما هى موضحة فى خطة كل طفل معاق بصفة فردية خلال الجلسات التى يقضيها فى غرفة المصادر والتى يقل إجمالى وقتها عن ٥٠% من اليوم الدراسى ، كما أنه يعمل همزة الوصل بين مدرس الفصل الذى ينتمى إليه التلميذ المعاق والتلميذ نفسه ، ويسهل التفاهم بينهما ، كما يساعد مدرس الفصل العادى على كيفية التعرف على حاجات التلميذ المعاق والأساليب الواجب اتباعها لإشباع تلك الحاجات .

وبرنامج غرفة المصادر يتميز عن البرامج والنظم التقليدية الأخرى كالمؤسسات والمدارس الخاصة النهارية والداخلية بأنه يتيح لذوى الاحتياجات الخاصة الدراسة مع أقرانهم العاديين بالمدارس والفصول العادية ، والاحتكاك بهم والتفاعل معهم ، وفى الوقت ذاته يوفر لهم فرصة تلقى التعليم المتخصص الملائم لنوعيات انحرافاتهم عن طريق معلم متخصص وغرفة مزودة بالتجهيزات اللازمة لإشباع احتياجاتهم الخاصة ، ومع ذلك فإن من أهم سلبيات هذا البرنامج، صعوبة توفير غرف مصادر فى جميع المدارس العادية مما قد يضطر الطفل غير العادى إلى الانتقال للوصول إلى مدرسة يتوفر بها برنامج غرفة مصادر .

ونظراً لأهمية غرفة المصادر فى مجال دمج ذوى الاحتياجات الخاصة *فإنه يراعى عند إنشائها بعض الشروط منها :*

١ - يكون موقعها مناسباً ، ويمكن من التردد عليها بسهولة .

٢ - تكون واسعة وجيدة التهوية والإضاءة .

٣ - يجب أن يتواجد بها المواد والأدوات التى يستخدمها المعاق فى تعلمه .

٤ - يخصص لها معلم مدرب على القيام بتقديم خدمات التربية الخاصة ، ومتخصص فى نوع معين من الإعاقة .

٥ - تقسم إلى أركان فى إطار المواقف والخبرات التعليمية : ركن لتعلم القراءة ، ركن للعمليات الحسابية ، ركن للألعاب التربوية ، وكل ركن يزود بالوسائل والمواد الخاصة به ، وبما يتيح للمعلم استخدامها وتوظيفها فى يسر وكفاءة .

٣ - الخدمات الخاصة (المعلم الجوال):

يمكن تقديم الخدمات المساندة للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بالمدرسة العادية ، بواسطة معلم متخصص (المعلم الجوال) يزور المدرسة العادية كل أسبوع (من ٢ – ٣ مرة) ، لتقديم مساعدة فردية منتظمة فى مجالات معينة ، ووفق جدول منظم ، للأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة .

المعلم الجوال يقوم بدور معلم غرفة المصادر حيث يقوم بتقديم الخدمات الخاصة الأكاديمية والفنية التى من خلالها يستطيع المعاق مجاراة زملائه العاديين، ولكن الفرق بينه وبين معلم غرفة المصادر يكمن فى الأسلوب الذى يقدم به الخدمات المشار إليها ، فمعلم غرفة المصادر يعمل بصفة مستديمة فى مدرسة واحدة ويتم نقل الأطفال إليه ، أما المعلم الجوال فهو يقوم بجولات على المدارس العادية التى يوجد بها معاقون ، وغالباً يكون مقره الإدارة التعليمية ، أو إحدى المدارس المتوسطة فى المنطقة .

ويمكن تحديد مميزات غرفة المصادر والمدرس الجوال فى الآتى :

- لا يحتاج المعاقون إلى مسميات لكى يتلقوا المساعدة .
- أقل نفقة فى تشغيلها من فصول التربية الخاصة
- تمكن المعاقين من البقاء مع العاديين أطول فترة ممكنة من اليوم الدراسى .
- تمكن التلاميذ الذى لا يمكن تصنيفهم فى أى فئة لتخدمهم فصول التربية الخاصة من الحصول على المساعدة فى غرفة المصادر أو على يد المعلم الجوال .
- مدرس غرفة المصادر والمدرس الجوال بمثابة إخصائى تعليم علاجى يقدم خدماته مباشرة للمدرسين وللأطفال ، ويؤدى دوراً وقائياً فى عملية الاكتشاف المبكر للمشكلات والتعامل معها ، ومن ثم فهو له دور مؤثر فى البرنامج التعليمى .

٤ – المساعدة داخل الفصل العادى (المعلم المستشار *Consulting Teacher*):

حيث يلحق الطفل المعاق بالفصل الدراسى العادى ، مع تقديم الخدمات اللازمة له داخل الفصل العادى ، وتتضمن هذه الخدمات استخدام الوسائل التعليمية أو الأجهزة التعويضية أو الدروس الخصوصية ، ويقوم بهذه المهمة المدرس العادى باستشارة " معلم استشارى " متخصص فى التربية الخاصة .

ونشأ هذا النظام للاستفادة من خدمات المعلم المتخصص فى التربية الخاصة وفى نوع معين من الإعاقة ، ويكون مقره الإدارة التعليمية ، ويقوم بزيارات ميدانية للمدارس العادية التى يوجد بها أطفال معاقون ، شأنه شأن المعلم الجوال ، ولكن دوره استشارى أكثر منه تعليمى فالعبء التدريسى يقع على المعلم العادى أو معلم التربية الخاصة والمعلم الجوال . وبذلك يوفر المعلم

المستشار تدخلاً فى المواقف التى يكون فيها مشكلة لدى المتعلم ، أو مشكلة لدى المدرس الذى يقوم بالتدريس داخل حجرة الدراسة النظامية . فهنا يمكن القول بأن المعلم المستشار يقدم مزايا واضحة لكل من التلاميذ والمدرسين ، ويوفر النجـدة المناسبة لفريق العمل بالمدرسة .

وأشارت الدراسات إلى أن وضع التلميذ ذى الاحتياجات الخاصـة فـى الفصول العادية داخل المدارس العادية أدى إلى :

- تحسين الأداء الأكاديمى والاجتماعى للطفل المعاق .
- وجود بعض المشكلات مثل : رفض العاديين للمعاق ، وعدم قـدرة المعـاق على التنافس مع العاديين مما قد يؤثر سلباً على تقديره لذاته .
- العاديون سوف يستفيدون أكثر من البرامج التعليمية مقارنة بغير العاديين.
- هذا الدمج بين العاديين والمعاقين أحدث تأثيرات سلبية على العاديين .
- انخفاض تكلفة الرعاية المقدمة للمعاقين .

وعليه يكون نجاح الدمج فى هذه الصورة مرهون بإحداث تغيرات فـى الاتجاه المتبادل بين التلاميذ العاديين وغير العاديين ، والمناهج وطرق التـدريس وإعداد المعلم بما يتلاءم مع احتياجات غير العاديين .

ويؤكد غالبية المتخصصين فى التربية الخاصة على أن الفصول العاديـة هى البيئة الطبيعية التى يمكن أن ينمو فيها الأطفال العاديين وغير العاديين على حد سواء ، وأن التعديل فيها يفى بالاحتياجات الخاصة للأطفال المعاقين أسـهل وأجدى من القيام بتشكيل بيئة اصطناعية لتفى باحتياجاتهم .

ولذلك ظهرت فكرة وضع التلميذ المعاق فى الفصل العادى أكثر من ٥٠% من فترة تواجده بالمدرسة العادية ، وأقل من ٥٠% من فترة تواجده بالمدرسة يقضيها فى غرفة المصادر أو مع المعلم الجوال ، وذلك بهدف تلافى عيوب وضع الطفل المعاق فى الفصل العادى داخل المدرسة العادية .

وعرض راند وريتشنبرج *Rand & Reichenberg* أربعة نماذج أخرى لنظام الدمج هى :

١ – نموذج الدمج *Group Integration (GI)* أو نظام التكامل الجماعى ، وتكون المجموعة من ١٠ – ١٢ طفلاً من أطفال التربية الخاصة داخل الفصول النظامية ، ويوجد فى الفصل اثنان من المدرسين كل يعمل مع النوعية المؤهل لها .

٢ – نموذج التعليم العلاجى *Remdial Teaching (RT)* أو نظام التعليم العلاجى، يطبق فى الفصول الأولى من فصول المدرسة الابتدائية ويشمل الأطفال المشتبه فى وجود صعوبات لديهم ولم يتم تشخيصهم رسميا ، وهو يعتبر نموذجا للتدخل المبكر ، ويتم فى مجموعات صغيرة تتشابه مشكلاتهم وصعوباتهم المدرسية .

٣ – نموذج تعليم المدارس *Learning Centers (LC)* أو نظام مراكز التعليم ، ويطبق فى المدارس الصغيرة وعلى المعاقين المندمجين فى فصول نظامية ، ومن خلاله يحصل الطفل على معاملة علاجية فردية مبرمجة ومنظمة ومركزه فى المواد التى يعانى فيها من صعوبة معينة ن وهذا البرنامج الفردى يعد بواسطة مدرس المراكز التعليمية بمعاونة مدرس الفصل المنتظم .

٤ - نموذج الدمج العكسى (المقابل) *Reversed Integration (RI)* فيه يعتبر فصل التربية الخاصة هو الفصل الأم ، ويتم الدمج من خلال الأنشطة الاجتماعية .

ومن أكثر أساليب الدمج انتشاراً لتربية الفئات الخاصة فى ظل نظام الدمج ما يلى :

١ - المدرسة الجامعة التى تخدم جميع الأطفال داخل المجتمع وتحقق المشاركة الكاملة بين المعاقين والعاديين .

٢ - تكامل المدارس الخاصة والمدارس العادية حيث تتاح للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة قضاء بعض الوقت فى المدارس الخاصة بجانب تعليمهم فى المدارس العادية .

٣ - المدارس العادية مع تقديم خدمات مساندة حيث يكون هناك تكامل فى المكان والخدمات لكل من العاديين وذوى الاحتياجات الخاصة .

٤ - نموذج المدرسة الطبيعية للأسرة وهى المدرسة التى يذهب إليها الطفل إذا لم يكن معاقاً وتلعب الأسرة والجيران والمعارف دوراً فى تقديم الخدمات للمعاق ، والعمل على إعداده للمجتمع الجمعى .

أساليب العزل :

١ - مدارس التربية الخاصة :

عند تعذر إنشاء فصل تربية خاصة فى مدرسة المربع السكنى - يتم تجميع فصول التربية الخاصة فى إطار مدرسة خاصة فى المدينة أو الحى ، وتدار على أساس أن الطفل ذو الاحتياجات الخاصة سوف يقضى بها اليوم الدراسى ثم يعود إلى أسرته ، لذا يتطلب تدريب الوالدين على المشاركة فى

البرنامج التعليمى لمساعدة ابنهم المعاق أثناء تواجده معهم فى المنــزل . *ولهــذه المدارس الخاصة مميزات منها :*

- إتاحة فرصة أفضل لتعليم الطفل المعاق على أيدى متخصصين فــى المــواد المختلفة بدلا من مدرس واحد فى غرفة المصادر أو الفصل الخاص .
- تقسيم التلاميذ المعاقين فى مجموعات أكثر تجانسا يوزع كل منها على فصل.
- يسهل تجهيز المدرسة بصورة أفضل بما يتناسب مع تعليم المعاقين ، وينتفع بها عدد كبير منهم ، وهذا يبرر التكاليف المالية المنفقة فى تجهيز المدرسة .

٢ - مدارس التربية الخاصة الداخلية :

وفيها يقيم المعاق طول الأسبوع عدا الأجازات أو يقيم بصــورة دائمــة فيها، *وما يبرر إنشاء هذه المدارس مايأتى :*

- احتياج الأطفال المعاقين إلى مباشرة طبية دائمة .
- توفير الخدمات الخاصة المختلفة لذوى الإعاقة .
- التيسير الاقتصادى والعملى على المعاق وأسرته .
- التخفيف من المتاعب على الأسرة المترتبة على رعاية ابنها المعاق .
- تعامل المعاق مع مثيله يحرره من الشعور بالنقص والخجل والدونية .

وقد حاول الباحثون تقييم نظام العزل ، وانتهوا إلى أنه : رغــم وجــود المؤيدين لنظام العزل الذى بمقتضاه يوضع المعاقون فى مؤسســات ومــدارس خاصه بهم حتى يمكنهم مواجهة حاجاتهم التربوية فى فصول تضم أعداداً قليلــة منهم ويقوم بتعليمهم معلمون تم إعدادهم خصيصاً لذلك مع توفير برامج تعليميــة خاصة بهم ، ولنظام العزل عدة مبررات منها :

- من اليسير تطبيق النظام الدمجى للمعاقين مع العاديين فى المدارس العادية بالنسبة لذوى الإعاقات البسيطة والمتوسطة ، إلا أن نظام الرعاية العزلية سواء فى فصول خاصة داخل المدارس العادية أو مدارس مستقلة قد يكون شيئاً محتوماً بالنسبة لذوى الإعاقات الحادة .
- أن نظام الرعاية العزلية يناسب الظروف الاقتصادية لكثير من المجتمعات النامية التى تعانى ظروفها الاقتصادية ، مما لا يمكنها من تهيئة المدارس العادية وتنظيمها وتوفير التجهيزات المادية والفنية والكفاءات البشرية المدربة واللازمة لتربية المعاقين ودمجهم مع العاديين
- أن من الصعب تجاهل نظرة المجتمع إلى المعاقين وأنهم دون العاديين فيما لديهم من إمكانات وقدرات .

ومنذ خمسين عاماً ، وينتقد أسلوب نظام العزل لرعاية المعاقين فى مؤسسات ومدارس خاصة بهم ، حيث إن البرامج التى تقدم غالباً ما تكون برامج تعليمية ضعيفة يقوم بتدريسها معلمون يعتبرون أقل كفاءة من المعلمين الذين يقومون بالتدريس فى المدارس العادية ، كما يؤدى عزل المعاقين إلى وجود حواجز نفسية بينهم وبين زملائهم العاديين .

هذا بالإضافة إلى أن هناك سلبيات أخرى لنظام العزل منها :

- سوء حالة المؤسسات .
- الزحام الشديد .
- ضعف التمويل .
- الاغتراب عن المجتمع .
- انعدام السلوك التوافقى بين المعاقين .
- قصور الخدمات التربوية والتأهيلية والتفاوت بينها .

- أسلوب الرعاية داخل المؤسسات .
- إهدار حقوق الفئات الخاصة .
- كما أن تربية المعاقين فى ظل سياسة العزل تركز على جوانب القصور والضعف لدى المعاق لا على ما تبقى لديه من قدرات وإمكانات ، كما أنها تدعم أوجه التباين والاختلاف لا أوجه التشابه والتقارب بين المعاقين.
- يصنف المعاقون تصنيفات غير واقعية ، إذ ينظر إليهم باعتبارهم إما معاقون سمعياً أو بصرياً أو عقلياً ، ومهملة تصنيفات أخرى كمعتددى الإعاقة مثلاً .
- تدعم سياسة العزل المركزية فى توزيع الخدمات التربوية الخاصة ، بجانب التفاوت فى توزيعها بين المدينة والقرية على مستوى المحافظة الواحدة .
- تؤكد نظرة المجتمع للمعاقين بأنهم دون العاديين فيما لديهم من قدرات وإمكانات ومهارات .
- لا تتناسب مع الهدف المرجو من جراء فلسفة التربية الخاصة للمعاقين ، والذى يهدف إلى العودة بالمعاق إلى المجتمع بتأهيلة مجتمعياً لا عزله عنه .
- تتطلب الاستراتيجية العزلية لتربية المعاقين كلفة اقتصادية باهظة لإقامة الأبنية والمرافق والتجهيزات وصيانتها وإعداد المعلمين والإخصائيين والإداريين .
- عزل الطفل المعاق وحرمانه من التفاعل مع أسرته وأقرانه العاديين ومجتمعه.
- هذا العزل يؤثر سلبا على التكيف الشخصى والاجتماعى للمعاق .
- ارتفاع تكلفة الإقامة فى هذه المؤسسات .

- نتائج البرامج التعليمية المطبقة تشير بأن هذا النظام ليس أفضل من الدمج مع العاديين . ولذلك فإن هناك محاولات لإدخال نظام التطبيع الاجتماعى على هذه المدارس لتخفيف الآثار المترتبة على غربة الطفل المعاق عن أسرته ومجتمعه .

رابعاً : أنواع الدمج :

يقسم المتخصصون فى التربية الخاصة الدمج إلى عدة أنواع أو أشكال هى :

١ - الدمج الكلى *Full Integration* :

ويقصد به دمج التلميذ ذى الاحتياجات الخاصة مع أقرانه العاديين داخل الفصول الدراسية المخصصة للتلاميذ العاديين طول الوقت ، مع دراسة نفس المناهج الدراسية التى يدرسها نظيره العادى ، وأن يحصل على خدمات التربية الخاصة (التعليمية والنفسية والاجتماعية) التى تلزمه داخل هذا الفصل ، ووسط أقرانه العاديين ، وعلى أيدى المعلمين المدربين وبمساعدة المتخصصين فى التربية الخاصة ، وهذا النوع يكون أكثر ملاءمة لذوى الإعاقات البسيطة وخاصة السمعية أو البصرية .

٢ - الدمج الجزئى *Integration Partial* :

ويقصد به دمج التلميذ ذى الاحتياجات الخاصة مع أقرانه العاديين داخل فصول الدراسة العادية لفترة من الوقت يومياً أو فى مادة دراسية أو أكثر ، ثم يقضى باقى الوقت فى فصل مستقل لتلقى مساعدات متخصصة لإشباع احتياجاتهم الأكاديمية الخاصة على يد معلمين متخصصين فى مواد معينة أو فى موضوعات

محددة ، وذلك عن طريق التعليم الفردى أو داخل غرفة المصادر داخل المدرسة ذاتها .

٣ - **الدمج الاجتماعى *Normalization***

ويقصد به إتاحة الفرصة أمام التلميذ المعاق للمساهمة فى كافة الأنشطة فى المجتمع المدرسى والمحلى ، وذلك لتقليل البعد المادى بين المعاق وأقرانه العاديين وتلبية حاجاته الاجتماعية وتدريبه على التفاعل الاجتماعى والحياة الطبيعية معهم .

وهو أبسط أنواع الدمج حيث لا يشارك التلميذ المعاق نظيره غير المعاق فى الدراسة داخل الفصول الدراسية وإنما يقتصر على دمجه فى بعض الأنشطة التربوية المختلفة (التربية الرياضية – التربية الفنية – الفسح والرحلات – الجماعات المدرسية) أو فى العمل فى ورش التدريب أو السكن أو الإعلان عن حملات التبرع والأعمال الخيرية وفى تنظيم الزيارات إلى المدرسة أو خارجها ، وعلى أثر ذلك ظهر الدمج فى مجال العمل *Vocational Integration* والدمج فى مجال السكن والإقامة *Social Integration* وخاصة بعد تأهيل المعاق مهنيا واجتماعيا .

بينما يرى البعض الآخر من المتخصصين فى برامج الدمج أنه يمكن تنفيذ برامج الدمج فى الأشكال الآتية من الدمج :

١ - **الدمج المكانى :**

وهو اشتراك مؤسسة التربية الخاصة مع المدارس العادية (مدارس التربية العادية) فى البناء المدرسى فقط ، بينما تكون لكل مدرسة خططها الدراسية الخاصة ، وأساليب تدريب وهيئة تعليمية خاصة بها ، ويمكن أن تكون

الإدارة موحدة ، وهذا الدمج المكانى يشبه الفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية.

٢ - الدمج التعليمى :

وهو إشراك التلاميذ المعاقين مع التلاميذ العاديين فى مدرسة واحدة يشرف عليها نفس الهيئة التعليمية وضمن البرنامج المدرسى مع وجود اختلاف فى المناهج المعتمدة فى بعض الأحيان ، وهذا البرنامج للدمج يتضمن صفاً عاديا، وصفا خاصاً ، وغرفة مصادر .

واختيار البرنامج الملائم بالنسبة للطفل من بين هذه البرامج يتوقف على عدة أمور أهمها :

١ - التشخيص والتقييم الشامل لحالة الطفل لتحديد نوع الانحراف ودرجة شدته ، واستعداداته الأدائية الوظيفية ، وخصائصه النفسية والاجتماعية .

٢ - تحديد الاحتياجات التربوية والتعليمية الخاصة للطفل .

٣ - تقييم البرامج والبدائل المتوافرة ، وتحديد مدى كفاءتها فى مواجهة احتياجاته .

٤ - اختيار البرنامج المناسب لإشباع احتياجات الطفل وتحقيق أقصى درجة من النمو التعليمى والنفسى والاجتماعى .

خامساً : أهداف الدمج :

إن من أهم أهداف التربية الخاصة إعداد المواطن الصالح ومساواة ذوى الاحتياجات الخاصة فى جميع الحقوق مع الأسوياء ، ولذلك فإن الدمج بين المعاقين والعاديين يهدف إلى :

- إتاحة الفرصة لجميع الأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة للتعليم المتكافىء والمتساوى مع أقرانهم من أفراد المجتمع العاديين .
- إتاحة الفرصة لذوى الاحتياجات الخاصة للانخراط فى الحياة العادية ، والتفاعل مع الآخرين .
- العمل على التغلب على النقص أو العجز الموجود لدى الطفل ذوى الاحتياجات الخاصة بمساعدته على التوافق مع نفسه ومع الآخرين .
- المساهمة فى إعداد ذوى الاحتياجات الخاصة تربوياً وصحياً ونفسياً واجتماعياً ومهنياً .
- تقوية الصلة والتعاون بين الأسرة والمدرسة بما يعود بالفائدة على ذوى الاحتياجات الخاصة .
- تحقيق المشاركة والتفاعل الاجتماعى والثقافى والرياضى والفنى بين المعاقين وأقرانهم العاديين .
- تخليص الطفل المعاق وأسرته من الوصمة التى يمكن أن يخلقها وجوده فى مدرسة خاصة .
- إتاحة الفرصة لتلاميذ المدارس العادية للتعرف على التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة عن قرب ، وتقدير مشكلاتهم ومساعدتهم فى مواجهة متطلبات الحياة.
- تخليص التلاميذ العاديين من الأفكار الخاطئة عن خصائص وقدرات وإمكانات أقرانهم ذوى الاحتياجات الخاصة .

- خدمة الأطفال المعاقين فى بيئتهم المحلية والتخفيف من صعوبة انتقالهم إلـــى مؤسسات بعيدة عن منازلهم وخارج أسرهم .
- تخليص ذوى الاحتياجات الخاصة من العقبات المادية أو المعنوية التى تحــد من مشاركتهم الفاعلة فى جميع نواحى الحياة .
- التقليل من التكلفة المادية المطلوبة لإقامة مؤسسات التربية الخاصة ومراكــز الإقامة الداخلية .
- استيعاب اكبر نسبة ممكنة من الأطفال المعاقين الذين لا تتوفر لديهم فــرص التعليم .
- تعديل اتجاهات العاديين والمعاقين نحو بعضهم البعض .
- التقليل من الفوارق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال العاديين والأطفال غيــر العاديين .
- يعتبر الدمج متسقا ومتوافقاً مع القيم الأخلاقية للمجتمع وثقافته .
- تعديل اتجاهات أفراد المجتمع وخاصة العاملين فى مجال التربية فى المدارس العامة نحو ذوى الاحتياجات الخاصة .
- المساهمة فى إعداد التلاميذ المعاقين وتأهيلهم للعمل والتعامل مع الآخرين فى بيئة طبيعية أقرب إلى المجتمع الكبير وأكثر تمثيلاً له .
- إشعار الطفل المعاق بقيمته فى الحياة وبانتمائه إلى مجتمعه الذى يعيش فيه ، وأنه مرغوب فيه من الأقران والأسرة والجيران والمعلمين .
- إشعار الأطفال العاديين بأن الأطفال المعاقين أخوة لهم ، ولهم عليهم واجبات مساعدتهم ومشاركتهم فى العمل .

- إعداد آباء المستقبل وتأهيلهم من غير العاديين ، ومن العاديين الذين يمكن أن يكونوا آباء لأبناء معاقين فى المستقبل .

سادساً : فوائد الدمج :

يستند الباحثون المؤيدون لسياسة الدمج فى تربية وتعليم ذوى الاحتياجات الخاصة إلى مجموعة من الاعتبارات منها :

١ - أنه يتمشى مع حقوق الإنسان الأساسية حيث يتيح فرصاً متساوية للتعليم أمام جميع الأطفال كل حسب ظروفه وإمكاناته .

٢ - تفادى الآثار السلبية للنظام العزلى : الذى يؤدى إلى وصم الطفل بمظاهر العجز وتجاهل طاقاته الإيجابية ، وما يترتب على ذلك من انعكاسات سلبية على الطفل المعاق وأسرته ، وحرمانه من الاندماج فى وسط الحياة داخل المجتمع .

٣ - ارتفاع الكلفة الاقتصادية لنظام الرعاية العزلية .

وعملية دمج ذوى الاحتياجات الخاصة فى فصول ومدارس التعليم العام تعود بالفائدة على جميع من لهم علاقة مباشرة أو غير مباشرة بهذه العملية ، ويمكن حصر فوائد الدمج التى تعود على الفئات الآتية :

أ - فوائد الدمج للتلاميذ العاديين :

- الدمج يساعد الأطفال العاديين على التعرف عن قرب على المعاقين ، وبما يتيح لهم تقدير أفضل وأكثر موضوعية وواقعية لطبيعة مشكلاتهم واحتياجاتهم وكيفية مساعدتهم .

- الدمج يؤدى إلى تغيير اتجاهات الطفل العادى نحو الطفل المعاق .

- الدمج يساعد الطفل العادى على أن يتعود على الطفل المعاق ويشعر بالارتياح معه .
- الدمج يتيح للطفل العادى عمل صداقات مع الأطفال المعاقين ، والعكس .
- الدمج يساهم بشكل فعال فى علاج المشكلات النفسية والاجتماعية والسلوكية لتلاميذ المدرسة بصفة عامة لتوافر المتخصصين على أثر عملية الدمج .
- يؤثر الدمج على مفهوم الذات لدى الطفل السوى حيث يساعده على تقبل ما به من عيوب طفيفة ، حيث تتضاءل هذه العيوب إذا ما شعر بمدى الفرق بينـــه وبين الطفل المعاق فى القدرات والإمكانات .
- نظام الدمج يمد الأطفال العاديين بالخبرات الضرورية للتعامل مع المعاقين ، وخاصة عندما يكونون جيراناً أو أقارب أو زملاء عمل أو آباء فى المستقبل للمعاقين .

٢ – فوائد الدمج للتلاميذ المعاقين :

- يساعد الدمج على نمو الاتجاهات الإيجابية والتفاعل والتواصل والصـــداقات بين المعاقين والعاديين .
- يمكن الدمج التلاميذ المعاقين من فهم وتقبل وجـــود الفـــروق الفرديـــة بـــين الأفراد.
- الدمج يساعدهم على اكتساب المهارات الأكاديمية والاجتماعية مـــن خـــلال التفاعل مع العاديين ، ومع المدرسين والتى تمكنهم من الحياة المنتجة والفاعله والمستقلة.

- الدمج يساعدهم على تفادى التأثير السلبى لنظام العزل الذى يؤدى إلى قصور فى النواحى الأكاديمية والاجتماعية والمهنية لديهم .
- الدمج يساعدهم على الشعور بالانتماء للمجتمع ، وأنهم مرغوب فيهم ، وأن لهم قيمة فى الحياة .
- الدمج يساعد الطفل المعاق على تحقيق ذاته وزيادة دافعيته للتعلم .
- الدمج يتيح لهم التعلم فى بيئة طبيعية ، والانخراط فى الحياة العادية فيما بعد .
- الدمج يتيح لهم فرصة البقاء فى منازلهم بعد اليوم الدراسى الأمر الذى يمكنهم من أن يكونوا أعضاء عاملين فى أسرهم وبيئاتهم الطبيعية .
- يتيح الدمج لهم محاكاة وتقليد سلوك أقرانهم العاديين .
- يعمل الدمج على إيجاد بيئة تعليمية تشجع على التنافس الأكاديمى بين جميع التلاميذ بما يعود بالفائدة على المعاقين .
- بيئة الدمج تعمل على زيادة التقبل الاجتماعى للأطفال المعاقين من قبل أقرانهم العاديين .
- يساعد الدمج على استيعاب أكبر نسبة من المعاقين الذين لا تتوافر لهم فرصة للتعليم .
- نظام الدمج يخلص التلميذ المعاق من الوصمة وما يترتب عليها من مشكلات نفسية واجتماعية .
- بيئة الدمج توفر فرصة أكبر للتعلم من خلال التفاعل الصفى والأنشطة المدرسية .

ومما سبق يتضح أن بيئة الدمج تتيح للمعاق فرصة أكبر للنمو النفسى والاجتماعى والأكاديمى والمهنى وإعداده لمواجهة متطلبات الحياة الاجتماعية وهو أكثر توافقاً نفسياً واجتماعياً ، وتفادى التأثير السلبى لنظام العزل .

٣ – فوائد الدمج للآباء :

– نظام الدمج يشعر الآباء بعدم عزل طفلهم المعاق عن المجتمع .

– يتيح الدمج تعلم الآباء لطرق جديدة فى تعليم الطفل ، والتفكير فى الطفل بطريقة واقعية .

– عندما تتحسن حالة الطفل المعاق وهو وسط أقرانه الأسوياء ، تتحسن معها مشاعر الآباء نحو طفلهم المعاق ونحو أنفسهم .

– يخلص الدمج الأسرة من الوصمة التى يخلقها وجود طفلهم فى مدرسة خاصة بالمعاقين .

– الدمج يمكن الأسرة من القيام بالتزاماتها تجاه ابنها المعاق بعد عودته من المدرسة فى المساء .

– يوفر الدمج الكلفة الاقتصادية التى كانت الأسرة تتحملها لو التحق ابنها المعاق بأحد المدارس الخاصة .

– نظام الدمج يحقق الراحة النفسية للآباء بذهاب ابنهم المعاق مع ابنهم السوى لمدرسة واحدة ، ويزول خوفهم من مواجهة المجتمع بابنهم المعاق.

٤ – فوائد الدمج للمعلمين :

– عمل المعلم مع الطفل المعاق وفق نظام الدمج يعتبر فرصة لزيادة الخبرة التعليمية والشخصية للمعلم .

- الدمج يتيح الفرصة الكاملة للمعلم للاحتكاك بالطفل المعاق ، فتتعدل اتجاهاته نحوه ، ويتعلم طرق تعليمية تفيده فى تعليم الطفل العادى الذى يعانى من بعض نقاط الضعف .
- تعامل المعلم مع تلاميذ فصل من العاديين والمعاقين بإعاقات مختلفة يتيح له فرصة ليطور من مهاراته المهنية فى مناخ مدعوم من جميع الأطراف التربوية .
- نظام الدمج يتيح الفرصة أمام المعلم للمساهمة فى عملية التخطيط التربوى وتفعيل الحياة المدرسية وتغييرها بما يتمشى مع طبيعة نظام الدمج .
- نظام الدمج يدفع المعلم للتأهيل والتدريب للعمل مع المعاقين المدمجين فى مدارس التعليم العام .

فوائد الدمج للمجتمع :

- نظام الدمج يمكن المجتمع من تطبيق مبادىء العدالة الاجتماعية ، وعدم التفرقة بين أبناء المجتمع ، وتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص .
- نظام الدمج ينبه أفراد المجتمع إلى حق المعاق فى إشعاره بأنه إنسان ، وأنه جزء من المجتمع ، وأن الإعاقة ليست مبرراً لعزل الطفل المعاق عن أقرانه العاديين وكأنه غريب غير مرغوب فيه .
- نظام الدمج يمكن المجتمع من التغلب على الأشكال السلبية السابقة المتمثلة فى العزل وعدم المساواة ، والاتجاه السلبى نحو المعاقين .
- نظام الدمج له قيمة اقتصادية تعود على المجتمع بتوظيف ميزانية التعليم بشكل أكثر فاعلية وبما يعود على التلاميذ بالفائدة ، بالتوسع فى قبول المعاقين بمراحل التعليم ، والتيسير عليهم ، وتحسين الخدمات التربوية المقدمة لهم .

- يتيح الدمج الفرصة أمام ذوى الاحتياجات الخاصة للمشاركة فى تقدم المجتمع.
- نظام الدمج يحدث تحولاً نموذجياً فى التعليم بتغيير كيفية ونوعية تقديم الخدمات التربوية الخاصة ، وتهيئة النظام التربوى لتقديم خدماته لجميع التلاميذ العاديين وغير العاديين .

والسؤال الذى يطرح نفسه الآن هو : هل يؤدى الدمج إلى تحقيق هذه الأهداف والفوائد المتوقعة فعلا ؟

هناك من يرى أن الأدلة العلمية التى تؤيد وتدعم فاعلية برامج الدمج غير كافية ، ومن ثم يدعون إلى إجراء المزيد من الدراسات العلمية لتقويم مدى تحقيق الدمج لأهدافه المتوخاه منه ، حيث إن تنفيذ برامج الدمج تواجهها مشكلات وعقبات عديدة قد تحول دون تحقيق الفوائد المتوقعة من عملية الدمج . ومن هذه العقبات ما يأتى :

١ - عدم توافر الكوادر التربوية المتخصصة فى التربية الخاصة وتنفيذ برامج الدمج .

٢ - عدم وعى العاملين فى المدارس العادية والمدارس الخاصة بفلسفة الدمج.

٣ - عدم توافر المدارس العادية المعدة والمجهزة لاستيعاب التلاميذ العاديين والمعاقين معا .

٤ - قصور التشريعات والقرارات التربوية المرتبطة بعملية الدمج .

٥ - عدم توافر الدعم المالى اللازم لتنفيذ برامج الدمج .

٦ - الاتجاهات السلبية لأبناء المجتمع والتلاميذ والمعلمين نحو المعاقين والدمج .

٧ - الصعوبات المتعلقة بالمناهج وطرق التدريس والتقويم فى مدارس الدمج .

٨ - تخوفات الآباء المتعلقة بعملية دمج أبنائهم المعاقين مع العاديين .

ولكن يمكن للمجتمع مواجهة هذه العقبات والتخلص منها لو أنه اعتمد على :

- وسائل الإعلام فى التوعية بأهمية الدمج وتعديل الاتجاهات السلبية تجاه المعاقين .

- الجهود الحكومية والأهلية فى توفير الدعم المادى اللازم للدمج .

- التربية والتعليم فى التوسع فى تدريب المعلمين على العمل مع المعاقين ، وتعديل المناهج وطرق التدريس والتقويم بما يلائم عملية الدمج .

- السلطة التشريعية فى إصدار التشريعات التى تخدم عملية الدمج والإعاقة.

ولو تضافرت جهود هذه الجهات وتم التنسيق بينها سوف ينجح الدمج وتزول تخوفات الآباء المتعلقة بعملية الدمج .

سابعاً : سلبيات الدمج :

الدمج قضية جدلية لها ما يساندها وما يعارضها ، كما أن الدمج سلاح ذو حدين فكما له فوائد وإيجابيات كثيرة فإن له بعض السلبيات أيضا ، ومن هذه السلبيات ما يأتى :

- أن عدم توافر معلمين مؤهلين ومدربين على الوفاء بالاحتياجات الأساسية للأطفال المعاقين بما يمكنهم من مزاولة أنشطتهم الأكاديمية والاجتماعية فى المدارس العادية العامة قد يؤدى إلى إفشال برامج الدمج مهما وفرنا لها الإمكانات .

- إن عدم تقبل إدارة المدرسة والعاملين بالمدرسة العادية وكذا أسـر التلاميـذ المعاقين لفكرة الدمج يجعل من عملية الدمج تجربة سلبية لهم .
- قد يعمل الدمج على زيادة الفجوة بين الأطفال العاديين والتلاميذ المعاقين فى الجانب الأكاديمى ، والذى يعتمد عليه فى الحكم على نجاح التلميـذ (معيـار النجاح) .
- قد يساهم الدمج فى تدعيم فكرة الفشل عند التلاميذ المعاقين ، وبالتالى يقلـل من دافعيتهم ، وتدعيم مفهوم سلبى عن الذات لديهم .
- دمج الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى المدارس العادية قد يحرمهم مـن تفريد التعليم الذى كان متوفراً فى مراكز التربية الخاصة .
- صعوبة وجود المعلم المتخصص أو الجوال أو الاستشارى ، وكـذا عـدم وجود المادة العلمية المعدلة تبعاً لطبيعة الإعاقة يؤدى إلى صعوبة إيصـال المادة الدراسية للتلاميذ المعاقين فى الصف الدراسى العادى .
- قد يؤدى الدمج إلى زيادة عزلة الطفل ذى الاحتياجات الخاصة عن المجتمع المدرسى وخاصة عند تطبيق فكرة الدمج فى الصفوف الخاصة، أو غرفـة المصادر ، مما يستدعى ضرورة توفير برامج لا منهجية مشـتركة بـين التلاميذ المعاقين وباقى تلاميذ المدرسة العادية للتخفيف من العزلة .
- تطبيق المعيار الذاتى فى التقييم والذى يقوم على أساس مقارنة أداء الطفل المعاق مع ما هو متوقع منه وليس مقارنة أدائه مع أداء المجموعة الصفية يدعم فكرة العجز والفشل لدى التلميذ المعاق .

- قد يؤدى الدمج إلى زيادة العزلة الاجتماعية بين بعض التلاميذ المعاقين وغير المعاقين خاصة عندما لا تسمح ظروف إعاقتهم بالمشاركة فى الأنشطة المدرسية المختلفة .

مما سبق يتضح أن الدمج قد يحدث انعكاسات غير مرغوبة على التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة مثل : الإحباط – الفشل – العدوان – الهروب – الخوف من المدرسة وكراهيتها – الانطواء – العناد والعصيان – السرحان .

ولذلك فإن البعض يرى أن دمج الأطفال المعاقين مع العاديين فى المدارس العادية محفوف بالمشكلات والتحفظات ، ومن هذه التحفظات ما يلى :

أ – إن عملية الدمج ليست على نمط واحد من حيث التنفيذ ، فمفهوم الدمج وإنجازه يجب أن يكون ملائما للظروف التعليمية والاجتماعية وكذلك للثقافة العامة للمجتمع ولذا فإن كثيراً من الدول فى حاجة إلى معلومات فى نواح مختلفة عند تطبيق الدمج فى أنظمتها التعليمية ويجب أن تعمل كل دولة على أن تكيف هذه المعلومات وفقاً لظروفها وإمكانياتها .

ب – إن الأطفال شديدو الإعاقة هم فى حاجة قبل أن يتم دمجهم فى المدارس العادية إلى فترة إعداد وتأهيل يتعلمون خلالها كثيراً من المهارات والمعلومات التى تفيدهم ويتعلمون من نفس المنهج التعليمى كأقرانهم العاديين .

جـ – استراتيجيات التدريس والاتصال التى تستخدم لتعليم المعاقين تختلف عن تلك التى تستخدم لتعليم العاديين مما يشكل للمعلم خاصة غير المعد إعداداً جيداً فى التوفيق بين الاستراتيجيتين .

د - إن الأطفال المعاقين قد يتخذون من الأطفال العــاديين معيــاراً لمقيــاس سرعتهم وتفاعلهم الاجتماعى ومستواه، ولأن التفاعل الاجتمــاعى لــدى العاديين يكون سريعاً فإن الأطفال المعاقين يشعرون بالفشــل والإحبــاط ويجدون أنفسهم فى النهاية منفصلين عن الآخرين ، لذلك يلجــأون إلــى حصر مجالهم الاجتماعى على أقرانهم المعاقين وكذلك ينطبق ذلك علــى معدل التحصيل الأكاديمى ومعدل النمو فى جوانبه المختلفة .

هـ - إن المنافسة اليومية للأطفال المعاقين مع العاديين يشكل مجهوداً عظيمــاً وضغطاً نفسياً كبيراً على الطفل المعاق .

ورغم احتمال وجود هذه السلبيات وهذه التحفظات لا يجب أن نتوقف أو نرفض فكرة الدمج نظراً لأن معظم هذه السلبيات يمكن إيجاد الحلول لهــا ، وأن إيجابيات الدمج أكثر من سلبياته .

ويمكن مواجهه سلبيات الدمج والعقبات التى تواجه تطبيقــه بــالتخطيط الواعى الذى يهيىء الفرصة المناسبة للتفاعل بين أطرافه ، وبالتأكيــد علــى أن الدمج ليس هدفاً فى حد ذاته وإنما هو وسيله لتوفير أفضل فرص التعلم الممكنــة للأطفال المعاقين ، وإعدادهم لمواجهة متطلبات الحياة .

وهناك مجموعة من العوامل إذا ما أخذت فى الاعتبار فإنهــا يمكــن أن تساعد على نجاح عملية الدمج ، وهذه العوامل مترابطة ومتداخلة بعضــها مــع بعض ، **وهذه العوامل هى :**

- إيجاد فلسفة عامة وخطة منظمة لنجاح عمليــة الــدمج تقــوم علــى أســس ديمقراطية ، وعلى المساواة والانتماء ، وضمان تعليم جيد لجميع التلاميذ.

- توافر قيادات ذات كفاءة عالية قادرة على تحمل المسئولية ومواجهة التحديات واتخاذ القرارات واستيعاب تجربة الدمج .
- اختيار سليم ومناسب لمدرسة الدمج وبما يمكن من احترام حاجات المعاقين واستيعابهم ، مع ضرورة توفير غرفة المصادر داخل كل مدرسة تتم فيها تجربة الدمج .
- تدريب وتثقيف المعلمين بشكل مناسب بما يمكن من تقبل فكرة الدمج وتنفيذها.
- توفير مدرس ومدرس مساعد لكل فصل دمج حتى يتمكن جميع التلاميذ من الاستفادة من شرح المدرس ، ويقوم المساعد بحفظ النظام داخل الفصل ومساعدة المعاق فى فهم الدرس مثلما حدث فى تجارب بعض الدول .
- إعداد الإخصائى النفسى والاجتماعى القادر على التعامل مع مشاكل العاديين والمعاقين والتى يمكن أن تنشأ بينهما .
- تعديل اتجاهات أبناء المجتمع لتصبح واقعيه وإيجابية وتقدمية نحو الإعاقة والمعاقين .
- تفعيل دور الأسرة ومشاركتها فى عملية الدمج ورعاية الطفل المعاق .
- الاختيار السليم والمناسب للأطفال المعاقين المراد دمجهم .
- إعداد التلاميذ العاديين والتلاميذ المعاقين لعملية الدمج ، وتدعيم الصداقة بينهما .
- توفير الدعم المادى والفنى المنظم والمستمر للعاملين فى مجال الدمج .

- تهيئة المدرسة العادية للوفاء باحتياجات عملية الدمج ، والإستفادة من أساليب التربية الخاصة الحديثة المتمثلة فى غرفة المصادر والمعلم الجوال والمعلم المستشار .
- العمل وفق خطة مرسومة مرنة ، مع توزيع المسئوليات على فريق الدمج
- المرونة فى التطبيق للدمج ومواجهة المشكلات بحلول إبتكارية .
- تطوير المناهج والخطط الدراسية والكتب المدرسية .
- الاهتمام بالأنشطة الجماعية التى يمكن أن تؤدى إلى زيادة التفاعل بين الأطفال العاديين والمعاقين .
- دراسة اللوائح القائمة وتطويرها بما يخدم سياسة الدمج .
- تفعيل دور البحث العلمى فى مجال الدمج والتربية الخاصة .
- اضطلاع كليات التربية بمهمة إعداد معلم التربية الخاصة والمعلمين بصفة عامة والمؤهلين للعمل فى ظل نظام الدمج ، والعمل على رفع مستوى المعلمين الموجودين بالخدمة حالياً للمشاركة فى سياسة الدمج .
- التعاون والتنسيق بين الجهات ذات العلاقة بتنفيذ سياسة الدمج .
- الاستفادة من خبرات الدول التى قطعت شوطا كبيراً فى عملية الدمج .
- التدرج فى تنفيذ سياسة الدمج .

ثامناً : المبادىء التى تقوم عليها عملية الدمج :

يحدد فاروق صادق مجموعة من المبادىء يجب أخذها فى الاعتبار عند بناء برنامج دمج لذوى الاحتياجات الخاصة فى المجتمع ، وهذا المبادىء هى :

١ - حق المعاق فى الخدمات الخاصة حق مستمر :

للمعاق حق فى الرعاية الصحية والتعليمية والاجتماعية والتأهيلية فى جميع مراحل نموه وتطوره ، وله حق التوظيف فى مرحلة العمل ، وله حق تكوين أسرة ، وله حق الحياة فى سياق المجتمع ، والتمتع بحقوق كل مواطن وعليه واجبات مثله ، بقدر إمكاناته وظروفه ووفقاً لمبدأ تكافؤ الفرص . واستمرار تقديم الخدمات الخاصة للمعاق ضرورة من أجل استمرار رعايته وتوافقه فى جميع مراحل النمو التى يمر بها ، وان تقدم له هذه الرعاية بما يتفق مع كل مرحلة عمرية .

٢ - دمج المعاق فى المجتمع حق من حقوق الإنسان :

جميع الأطفال سواسية ، وأى استثناء لطفل خارج النظام الاجتماعى السائد حتى ولو بسبب الإعاقة هو احتقار وعنصرية ، وأن التعليم المنعزل يدعم العزلة والعنصرية .

٣ - دمج المعاقين فى خطة التنمية الشاملة للمجتمع :

الفرد المعاق له إمكاناته وقدراته ، ومهمتنا الكشف عن هذه القدرات ورعايتها ، وحصادها لصالح المجتمع ، أى لابد من استثمارها فى سياق الحياة الاجتماعية ، واعتبار ذلك جزء من تنمية المجتمع .

كما يجب أن تقدم له الخدمات الخاصة فى جو عادى من الحياة الطبيعية اليومية بقدر الإمكان ، وفى بيئة أقل قيوداً وبما يشجعه على التفاعل مع العاديين.

ودمجهم فى الحياة الاقتصادية والاجتماعية يحتاج لدعم قوى ، ويفتح الطريق أمامهم للحصول على التربية الجامعة .

٤ - الأخذ بنظام تعدد التخصصات فى تقديم الخدمات الخاصة :

يحتاج الطفل ذو الاحتياجات الخاصة إلى خدمات خاصة متنوعة تتكامل وتحقق له النمو المتكامل من كافة النواحى الصحية والتعليمية والتأهيلية والمهنية، وتضمن له النجاح فى الإندماج فى المجتمع ، وكل خدمة خاصة تقدم بواسطة متخصص فى مجال معين من مجالات التربية الخاصة .

٥ - تحقيق التواصل بين جميع الأطراف المشاركة فى البرنامج :

دعم التواصل بين العاملين بالمدرسة وأولياء الأمور والجهات الأخرى خارج المدرسة المعنية بالدمج يمكن من الحصول على التغذية المرتدة ، وتعديل البرامج واتساق البيئة المدرسية ، وزيادة القدرة على التنبؤ ، وتحسين سلوكات المعلمين لتحقيق الأهداف ومواجهة الخصائص الفردية للتلاميذ .

٦ - توفير البدائل من برامج الرعاية المقدمة للمعاق :

البديل الملائم من برامج الرعاية للمعاق يتحدد وفقاً لخصائص المعاق ، ونوع إعاقته ودرجاتها ، والإمكانات المتاحة ، ومكان تقديم الرعاية له ، ومدى تأثيرها عليه ، وإحداث التغيرات المطلوبة بما يحقق له النمو الكمى والكيفى ، وهذا يتطلب المرونة والتنوع فى أساليب العمل والتقويم ، وتعدد الاتجاهات فى الانطلاق بالطفل فى عالم المستقبل ، وأن تكون هذه الرعاية على درجة من الكفاءة ، مع تقديمها فى بيئة أقل عزلاً وأقرب دمجاً مع الأسوياء .

٧ - الطابع التفريدى فى تقديم الرعاية :

يجب النظر إلى كل حالة إعاقة على أنها حالة فريدة من نوعها ، وطبيعتها، وتركيبها ، وعناصرها ، وفى تفاعل هذه العناصر فى الطفل والأسرة. ومن ثم نشاهد غلبة الطابع التفريدى فى عملية التعليم والتأهيل لكى يقابل هذه

الخصائص الفردية لكل معاق ، وبما يمكنه من النمو والاستقلالية لأقصى درجة ممكنة .

٨ - الجماعية فى القرارات الخاصة بالمعاق :

طالما أن جوانب الرعاية متعددة ، وكذا نواحى المتابعة متعدة ، فإنه من المنطقى تعدد الأشخاص القائمين بالرعاية ، وعند اختلاف وجهات النظر بينهم فإنه من الضرورى مراعاة الاتفاق بينهم وخاصة فى القرارات المصيرية للمعاق٠

٩ - رعاية والدى المعاق وأسرته :

الوالدان وأفراد الأسرة هم أدرى الناس بالمعاق وإعاقته ، وتقع عليهم مسئولية رعايته بدرجة توازى مسئولية المدرسة أو المؤسسة ، ويستمر ذلك طول العمر ، ولذلك فإن الرعاية المقدمة لأسرة المعاق تكون جزءاً من برامج رعاية المعاق فى جميع المراحل ، كما يجب إشراكهم فى التخطيط لبرامج الرعاية وتنفيذها وتقويمها ، متى أردنا النجاح لهذه البرامج ٠

١٠ - دعم المعاق والدفاع عنه كمواطن :

برامج الرعاية المقدمة للمعاق تقدم فى سياق اجتماعى يتضمن الكثير من المتغيرات الإنسانية والاقتصادية والاجتماعية والحضارية ، ومصير هذه البرامج يتوقف على اتجاهات المجتمع نحو الإعاقة والمعاقين ٠ ومن ثم فإن الأمر يحتاج إلى نشر الوعى الاجتماعى بأهمية هذه البرامج ، ودعم المعاقين لأن يصبحوا جزءاً من عملية التنمية الاجتماعية لأفراد المجتمع ، والذى يتمتع فيه كل مواطن بحقوقه وواجباته فى سياق العدالة الاجتماعية ٠

١١ - الوقاية جزء من برنامج الرعاية للمعاقين :

الوقاية خير من العلاج ، والوقاية هنا فى مجال الإعاقة تشمل : الوقايـــة الأولية للتخلص من الأسباب تماماً •

تشمل : الوقاية الأولية للتخلص من الأسباب تماما•

: الوقاية الثانوية وتتضمن الاكتشاف المبكر ومواجهتها مبكـــراً للســـيطرة عليها والحد من آثارها •

وبرامج الوقاية من الإعاقة تشمل :

- الوقاية من حدوث الإعاقة •
- الكشف المبكر ومواجهة آثارها .
- برامج التعليم والتدريب للمعاق وأسرته •
- تقديم خدمات الرعاية حتى بعد ترك المدرسة أو المؤسسة •
- التأهيل والتشغيل للمعاق •

١٢ - البيئة الطبيعية أجدى لنمو المعاق :

تعتبر المدارس العادية هى البيئة الطبيعية التى يمكن للأطفـــال العـــاديين وغير العاديين لأن ينموا فيها معا على حد سواء ، وعليه فإن القيام بإجراء بعض التعديلات فى بيئة طبيعيه لتفى باحتياجات المعاق أسهل وأجدى من القيام بتشكيل بيئة اجتماعية لتفى بإحتياحاتهم •

١٣ - استخدام سياسات فاعلة ومنظمة لتحقيق الدمج :

مما لا شك فيه ، فإن التزام جميع العاملين ببرنامج الدمج بالسياسات الفاعلة والمنظمة يمكن أن يتيح فرص التعاون بين جميع الأطراف المشاركة فى برنامج الدمج ، كما يمكن أن يسمح بمواجهة احتياجات المعاقين وإشباعها ، وحل ما يعترض تنفيذ سياسة الدمج من مشكلات أول بأول .

تاسعاً : التخطيط لعملية الدمج :

تعتبر عملية الدمج من العمليات المعقدة والتى تحتاج إلى تخطيط دقيق وسليم ومنظم من أجل نجاحها ، ولن يكتب لتلك العملية النجاح ما لم يؤخذ فى الحسبان كل شيء ويخطط له ، وذلك بهدف :

- ضمان حصول الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة المدمجين على مستوى تعليمى لا يقل عما يحصل عليه هؤلاء الأطفال فى المدارس الخاصة .
- ألا يؤثر وجود الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى المدارس العادية على برنامج المدرسة العادية ومستوى تقدم وطموح التلاميذ .
- ألا يشكل تواجد الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى الفصول العادية عبئاً إضافيا على المعلم فى تلك الفصول .

ولكى نضمن لعملية الدمج النجاح وتحقيق مثل هذه الأهداف يجب الحرص على التخطيط الدقيق لها ، ولا يتأتى ذلك إلا بمراعاة الآتى :

أ - شروط التخطيط الجيد لعلمية الدمج .

ب - القيام بمجموعة من الإجراءات خلال مراحل عملية الدمج .

وفى الجزء التالى سوف نتناول كل من هاتين النقطتين بشىء من التفصيل :

أ – شروط التخطيط الجيد لعملية الدمج :

ويمكن تحديد شروط التخطيط الجيد بعملية الدمج فى النقاط التالية :

١ – تحديد الأهداف المرجوة من الدمج وأن تكون واقعية وعلمية .

٢ – تقبل الإدارة المدرسية وهيئة التدريس والتلاميذ العاديين لعملية الدمج .

٣ – توفير معلم التربية الخاصة المؤهل ، واحد على الأقل فى كل مدرسة تطبق نظام الدمج .

٤ – مشاركة الأهالى وأولياء الأمور فى تحديد الأهداف وتوفير الخدمات من أجل تنفيذ البرنامج ونجاحه .

٥ – تحديد نوعية الدمج .

٦ – تحديد الأطفال المستفيدين من الدمج من ذوى الاحتياجات الخاصة .

٧ – تحديد مدارس الدمج وتجهيزها .

٨ – إعداد الكوادر اللازمة وتدريبها جيداً .

٩ – إعداد معلمى الفصول العادية على التعامل التربوى مع ذوى الاحتياجات الخاصة .

١٠– نوع الإعاقة وحدتها ، فدمج ذوى الإعاقة الحسية أسهل من دمج ذوى الإعاقة العضلية ، ودمج المصاب بإعاقة واحدة أيسر من دمج متعددى الإعاقات .

١١ – التربية المبكرة لذوى الاحتياجات الخاصة من جانب الأسرة لمساعدتهم على أداء بعض الوظائف الأساسية للحياة .

١٢ – عدد ذوى الاحتياجات الخاصة فى الفصل العادى بحيث ألا يتجاوز اثنين فقط لأن التدخل يحتاج لنوع من التفريد .

١٣ – توفير حصص للدعم خارج الفصول العادية ، لتحسين القدرات الأساسية أو مستوى تحصيل ذوى الاحتياجات الخاصة .

١٤ – توفير مصادر الدعم والمساندة المادية والبشرية للمدرسة .

١٥ – تنفيذ عملية الدمج تدريجياً .

١٦ – التأهيل النفسى والتربوى للطفل ذى الاحتياجات الخاصة .

١٧ – تحديد الفترة الزمنية للدمج .

١٨ – تصميم السجلات الخاصة بتدوين المعلومات عن الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة : حالتهم ، تقدمهم ، تقويمهم .

ب – إجراءات عملية الدمج :

ويمكن أن نلقى الضوء على تلك الإجراءات من خلال تناولنا لمراحل عملية الدمج الآتية :

المرحلة الأولى : الإجراءات التى تسبق برنامج الدمج .

المرحلة الثانية : إجراءات تنفيذ برنامج الدمج .

المرحلة الثالثة : إجراءات المتابعة والتقويم لبرنامج الدمج .

وفى الجزء التالى نوضح تلك الإجراءات :

المرحلة الأولى : الإجراءات التى تسبق برنامج الدمج :

١ - تحديد الإعاقات التى يمكن دمجها :

وهناك من يرى أن جميع الإعاقات من الممكن دمجها ، باستثناء حالات الإعاقة الذهنية الاعتمادية والتى تحتاج إلى رعاية دائمة ، كما أن كل المراحل التعليمية يمكن أن يتم بها الدمج .

٢ - تحديد المعاق الذى يمكن دمجه :

ويرى بعض المتخصصين أنه لابد من توافر مجموعة من المقومات فى المعاق لكى يكون قابلاً للدمج مع العاديين وهذه المقومات هى :

- أن يكون لديه قدرة عقلية تمكنه من العمل فى المدى المعرفى الموجود فى الصف إلى حد ما .
- أن يكون لديه القدرة على التنقل بمساعدة أى جهاز فى غرفة الصف أو فى مرافق المدرسة .
- أن يتمتع بالمهارات اللازمة للتفاعل مع أقرانه العاديين فى الصف العادى وفى الأنشطة المختلفة .
- أن يكون لديه رغبة فى عملية الدمج والتعلم من خلالها .
- أن يكون لأولياء أمور المعاقين الرغبة فى تعلم أطفالهم فى الفصول العادية .
- أن يكون لديه قدرة على الاعتماد على النفس فى القيام بمهارات الحياة اليومية.
- أن يكون لديه قدرة على التوافق مع متطلبات البيئة التعليمية فى الفصل العادى .

- أن يكون لديه قدرة على التعبير عن حاجاته بالكلام أو الكتابة .
- أن يكون قادراً على الاستمرار فى أداء مهامــه فــى الفصــل العــادى دون الاعتماد كثيراً على المعلم .
- أن يكون من نفس المرحلة العمرية للتلاميذ العاديين الذين سيدمج معهم .
- أن يكون من نفس سكان الحى المحيط بالمدرسة أو تتوافر له وسيلة انتقــال آمنة من وإلى المدرسة .
- ألا تكون إعاقته من الدرجة الشديدة ولا يكون متعدد الإعاقات .
- أن يكون لديه قدرة على التعلم فى مجموعات تعليمية كبيرة .

٣ - تحديد ضوابط اختيار مدرسة الدمج :

تتطلب عملية الدمج اختيار إحدى مدارس الحــى أو المنطقــة التعليميــة لتكون مركزاً للدمج ، ويرتبط اختيار المدرسة بالبيئة المدرسية التــى يجــب أن تتحدد وفقاً للشروط الآتية :

- توفر التعاون والتقبل والرغبة لدى إدارة المدرسة والمعلمين لتطبيق الدمج فى مدرستهم .
- قرب المدرسة من محل إقامة الطفل المعاق .
- توفر بناء مدرسى مناسب للمعاقين المدمجين .
- توفر الوسائل التعليمية والخدمات والأنشطة التربوية المناسبة .
- تعاون مجلس الآباء والمعلمين فى نجاح برنامج الدمج .
- أن يكون المسئول الثقافى والاجتماعى لبيئة المدرسة جيداً .

- تهيئة أولياء أمور التلاميذ العاديين والمعاقين لعملية الدمج ، وإدراكهم للأبعاد الإنسانية والتربوية والنفسية والاجتماعية لعملية الدمج .
- تهيئة التلاميذ العاديين والمعاقين للتعاون من أجل نجاح برنامج عملية الدمج .
- أن يتوافر بالمدرسة مرشد وأخصائي اجتماعي ، وأخصائي نفسي ، ومعلم متخصص في العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة أو توفير هذه العناصر البشرية للمدرسة .
- تزويد معلمي هذه المدرسة بالمعلومات الطبية عن الحالات التي تم دمجها في فصولهم وكيفية التعامل معهم .
- أن تتوافر التصميمات المناسبة في فصول المدرسة المتطبق بها برنامج الدمج مثل :
  - تثبيت السبورة على ارتفاع (٦٠سم) وأن يسهل استخدامها من المعاق
  - أن يتوافر ركن خاص لاسترخاء التلميذ المعاق .
  - توفر مسافات كافية بين المقاعد لتسهيل حركة التلاميذ المعاقين .
  - توفر مقاعد قابلة لتغيير الارتفاع أو خفضه لتتلاءم مع المعاقين .
  - موقع التلميذ المعاق يكون بين زملاء عاديين ليسهل عليه التفاعل والتواصل معهم ، ويكون هذا الموقع بالقرب من مخارج الفصل .
  - أن تتوافر في الفصل الوسائل والأدوات والأجهزة المناسبة والملائمة.
- توافر المرافق الصحية المصممة بطريقة مناسبة للتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة .

٤ - تحديد برنامج الدمج :

أول متطلبات الدمج التعرف على الحاجات التعليمية الخاصة للتلاميذ بصورة عامة والمعاقين منهم بصفة خاصة حتى يمكن تحديد وإعداد البرنامج التربوى المناسب لمواجهتها من الناحية الأكاديمية والاجتماعية والنفسية فى الفصول العادية ، فلكل طفل معاق قدراته وإمكاناته الجسمية وحاجاته النفسية والاجتماعية الفردية والتى قد تختلف عن غيره من المعاقين .

وبذلك يتضح أن تحديد برنامج الدمج يعتمد على فئة الأطفال المعاقين المستهدفين من البرنامج ، وتصنف برامج الدمج وفقاً للمستويات الآتية :

- **الصف العادى :**

وضع الأطفال المعاقين فى الصف العادى ، وإخضاعهم لنفس البرنامج ، مع توفير غرفة مصادر يتلقى فيها المعاق المدمج فى الصف العادى تعليما وتدريبا خاصا يتوافق مع احتياجاته التعليمية الخاصة ، ليواكب بصورة أسرع متطلبات المنهج الدراسى ، مثل ما يتلقاه الكفيف من تدريب على مهارات الحركة والتدريب على برايل ، ويراعى أن غرفة المصادر تحتاج إلى فريق عمل متخصص .

- **الصف الخاص :**

هو الصف الذى يقضى فيه التلميذ المعاق معظم وقته ، ويتلقى تعليمه على يد مدرب خاص ، وهذا الصف له مستويات :

- صف خاص طول اليوم الدراسى .
- صف خاص لجزء من اليوم الدراسى .

ويتم الدمج أثناء أوقات الفراغ أو حصص النشاط المدرسى .

٥ - **تدريب المعلمين فى المدرسة العامة :**

يعتبر تدريب الكادر التعليمى العامل فى مدرسة الدمج المختارة من العوامل الأساسية التى يعتمد عليها نجاح برنامج الدمج ، ولذلك فإنه من الضرورى التأكيد على أن يكون هذا الكادر فى وضع يساعد على نجاح برنامج الدمج وذلك باتباع ما يأتى :

- دراسة اتجاهات وأفكار الكادر عن فئة الأطفال المستهدفين من الدمج .
- تدريب الكادر التعليمى على أساليب وطرق التعامل مع هؤلاء الأطفال .
- دعوة هؤلاء المعلمين إلى زيارة بعض مؤسسات التربية الخاصة .
- تزويدهم بالمعلومات الكافية عن البرنامج ودور المدرسة فى عملية الدمج
- تدريبهم على تعديل طرق التدريس لتلائم العاديين والمعاقين .
- تدريبهم على توجيه العاديين بما يساعدهم على تقبل أقرانهم المعاقين .
- إشراكهم فى جميع مراحل عملية الدمج .

٦ - **تهيئة التلاميذ العاديين بالمدرسة العامة :**

التلاميذ العاديين من عناصر نجاح برنامج الدمج أو فشله ، ولذا لابد من تهيئتهم لبرنامج الدمج وخلق الاستعداد لديهم لتقبل الأطفال المعاقين وذلك عن طريق :

- عقد محاضرات لهم عن أنواع الإعاقات ، والخصائص المميزة لشخصية المعاقين مع التركيز على الجوانب الإيجابية ، وعن أهداف التربية الخاصة .

- زيادة المدارس التى تم فيها الدمج ، وعمل لقاءات مع المعلمين والتلاميذ بها .
- التوعية بالتغيرات التى سوف تحدث فى النظام المدرسى ، ولماذا يتعين عليهم مساعدة رفاقهم المعاقين ؟

٧ - تهيئة التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة :

قبل عملية الدمج يلزم تهيئة التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة المستهدفين للدمج ، وذلك عن طريق :

- التعرف على التغيرات والمسئوليات الجديدة المترتبة على الدمج الشامل .
- تدريبهم على طرق التكيف مع التغيرات الجديدة مثل :
  * تعليمهم أكثر لإعدادهم لبيئة الفصل العادى .
  * تعريفهم على المواقع بالمدرسة ..
  * تدريبهم على مهارات العناية الذاتية ، ومهارات الحركة والمهـــارات الاجتماعية والقراءة ومهارات التواصل مع العاديين .

٨ - تهيئة أولياء أمور التلاميذ :

قبل البدء فى تنفيذ برنامج الدمج لابد من تهيئة أوليـــاء أمـــور التلاميـــذ العاديين وذوى الاحتياجات الخاصة عن طريق :

- الاجتماع بأولياء أمور التلاميذ العاديين للتأكد من تقبلهم لفكرة الدمج ومعرفة ردود أفعالهم ، والعمل على تعديل اتجاهاتهم نحو الإعاقة والمعاقين .
- الاجتماع بأولياء أمور ذوى الاحتياجات الخاصة ، والتعرف على اتجاهـــاتهم نحو عملية الدمج ومناقشتهم فى الأمور المتعلقة بعملية الدمج ومدى اســـتفادة

أطفالهم من عملية الدمج ، وتخليصهم من المشاعر السلبية تجاه الدمج ، وتخوفهم على عدم قدرة أبنائهم على التوافق مع بيئة الفصل العادى .

- عمل زيارات منزلية لأولياء أمور التلاميذ للوقوف على طبيعة اتجاهات باقى أفراد الأسرة ونمط العلاقات الأسرية ، والتعرف على نقاط القوة لاستغلالها لصالح جميع التلاميذ .
- إشراكهم فى كل ما يتعلق ببرنامج الدمج : من تخطيط وتنفيذ وتقييم .

٩ - تحديد المنهج الدراسى :

من عوامل نجاح برنامج الدمج تحديد المنهج الدراسى والخطط والوسائل والأساليب التعليمية المناسبة ، ويعتمد ذلك على فئة الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة المستهدفين من الدمج ، وعلى طبيعة البرنامج ذاته ، ويشترط فى هذا المنهج الدراسى ما يلى :

- أن يتوافق فى نفس الوقت مع إمكانات جميع التلاميذ واحتياجاتهم .
- أن يتيح الفرصة أمام المعاقين للتعلم وتنمية مهاراتهم الشخصية والاجتماعية والتربوية ، ومهارات الحياة اليومية إلى أقصى قدر تؤهلهم له إمكاناتهم وقدراتهم ، وبما يساعدهم على التعليم والتوافق الاجتماعى داخل المدرسة وخارجها .
- أن يتيح الفرصة المناسبة لتفاعل التلاميذ المعاقين مع أقرانهم العاديين بصورة تؤدى إلى تقبلهم لبعضهم البعض وذلك من خلال الأنشطة الصفية واللاصفية.
- أن ترسم الخطة التربوية الممارسات الخاصة بالدمج وتشمل :

* دمج كل طفل معاق فى البرنامج العادى مع التلاميذ العاديين لجـزء من اليوم الدراسى على الأقل .
* تكوين مجموعات غير متجانسة كلما كان ذلك ممكنا .
* توفير الأساليب والوسائل التعليمية المناسبة .
* توفير الخبرات الفنية المناسبة .
* تحديد الأهداف التعليمية بطريقة قابلة للقياس .
* استخدام فنيات إدارة السلوك .
* مرونة المنهج بما يمكن من تعديله عند الضرورة .
* إتاحة الفرصة لتنمية المهارات الاجتماعية .
* تطبيق ممارسات تعليمية تعتمد على البيانات المتوفرة .
* الاستفادة من الإمكانات المتوفرة بالمدرسة .
* تشجيع التلاميذ من خلال المعززات المناسبة ، والأساليب التى تسرع باكتسابهم للمهارات والمعلومات المرسومة .

١٠ - تصميم السجلات الخاصة بتدوين المعلومات :

من الضرورى توفير وتصميم سجلات لتدوين المعلومات حـول تطـور ونمو الطفل ذى الاحتياجات الخاصة خلال مراحل تنفيذ برنامج الدمج . ومن هذه السجلات .

- نموذج دراسة اجتماعية شاملة تتضمن كافة المعلومات اللازمة عـن الطفـل وحالته وظروف إعاقته وظروفه الأسرية .

- التقرير الطبى والتقرير التشخيصى بما يوضح الحالة التى عليها الطفل قبل الدمج .
- سجل لتسجيل ملاحظات المعلم حول مدى استفادة الطفل من برنامج الدمج ، ومدى توافق البرنامج مع قدراته ، ومدى تمشى الطفل مع متطلبات البرنامج، وأن يتم التسجيل بصورة دورية ومستمرة .
- سجل تقويمى يحدد مدى استفادة الطفل من البرنامج .
- نماذج القياس .
- نموذج الخطة التربوية والتعليمية الفردية والتى تتضمن الأهداف العامة والخاصة ، وأساليب التعلم والوسائل والمعلومات المراد تعلمها وأساليب التقييم .

١١ - تحديد المسئوليات فى عملية الدمج :

من أحد عوامل نجاح عملية الدمج هو تحديد مسئوليات كل من له علاقة بهذه العملية ، وبطريقة واضحة ، ومن ذلك على سبيل المثال :

- مسئولية إدارة التعليم .
- مسئولية إدارة المدرسة .
- مسئولية معلمى الدمج (معلم غرفة المصادر – المعلم المتجول والمستشار) .
- مسئولية معلم الفصل العادى .
- مسئولية الأخصائيين الآخرين من فريق التربية الخاصة .

المرحلة الثانية : إجراءات تنفيذ برنامج الدمج :

تتضمن هذه المرحلة تنفيذ الأساليب الإجرائية التى خطط لها مـن قبـل بهدف فتح برنامج الدمج لرعاية ذوى الاحتياجات الخاصة، ومن هذه الأساليب :

١ - تحديد مدرسة الدمج وحسب المواصفات التى سبق تحديدها .

٢ - حصر أسماء التلاميذ المعاقين المستهدف دمجهـم فـى الحـى المحـيط بمدرسة الدمج ، وحسب الشروط التى سبق تحديدها للمعاق المؤهل للدمج

٣ - إخطار أولياء أمور التلاميذ المعاقين المطلوب دمجهم فى مدارس التعليم العام .

٤ - إعطاء معلومات كاملة لإدارة المدرسة عن فئة التلاميذ المعـاقين الـذين سيتم نقلهم للفصول العادية ، وتوضيح الطرق والأساليب التى ستتبع فى دمجهم مع أقرانهم العاديين .

٥ - اختيار المعلمين المتميزين للتدريس فى فصول الدمج .

٦ - وضع التلاميذ فى الصفوف المناسبة وذلك يتضمن : قيد المعاقين مـنهم واختيار غير المعاقين معهم أو العكس .

٧ - تنفيذ البرنامج الفردى التربوى .

٨ - تجهيز فصول الدمج فى مدارس التعليم العام بالوسائل التعليمية .

٩ - اختيار معلم متخصص فى التربية الخاصـة للقيـام بوظيفـة المتابعـة لاحتياجات البرنامج ، ورفع المعوقات التى تواجه البرنامج .

١٠ - تكوين لجنة متابعة للبرنامج لمتابعة الجوانب التالية :

- وضع الخطط الدراسية لفصول الدمج .

- استقبال التلاميذ وتطبيق شروط القبول فى البرنامج .
- دراسة الحالات الخاصة وعلاجها .
- دراسة الحالات الطارئة ورفع تقرير عنها بعد فترة ملاحظة .
- دراسة الملاحظات والعوائق ووضع الحلول المناسبة .

١١ – توفير البيئة التربوية فى فصول ومدرسة الدمج .

١٢ – تنفيذ الخطة والجداول والنشاط .

١٣ – إتاحة الفرصة لمشاركة الوالدين والعاملين من أجل نجاح البرنامج .

١٤ – توفير وسائل الأمن والسلامة .

١٥ – توفير قنوات الاتصال بين كل المشاركين فى برنامج الدمج .

المرحلة الثالثة : إجراءات المتابعة والتقويم لبرنامج الدمج :

هذه المرحلة تتم بغرض قياس مدى تقدم البرنامج خلال الخطوات السابقة والوقوف على ما تم تحقيقه من أهداف ، والتعرف على العوائق التى تقف فى طريق البرنامج ، ووضع الحلول السريعة لها ، ولكى يتم تحقيق ذلك يراعى ما يلى :

- أن تتم عملية المتابعة والتقويم بصورة منتظمة ومستمرة .
- تنفيذ عملية المتابعة والتقويم عن طريق الزيارات اليومية والأسبوعية .
- تتم هذه العملية بواسطة فريق يشكل خصيصاً لذلك .
- توفير سجلات ووسائل وإجراءات دقيقة تساعد على تقييم البرنامج ومن هذه السجلات :

* سجل تدون فيه ملاحظات المعلم حول مدى استفادة الطفل المعاق من برنامج الدمج ، ومدى توافق البرنامج مع قدرات الطفل وإمكاناتـــه ، ومدى تمشى الطفل مع متطلبات الــدمج ، وهنـــا يجـــب أن يكـــون التسجيل دورياً وبشكل مستمر بما يكفل المتابعة المســـتمرة لتطـــور ونمو الطفل .
* سجل تقويمى خاص يحدد مدى استفادة الطفل ذى الاحتياجات الخاصة من برنامج الدمج بعد انقضاء فترة زمنية معينة كفصل دراســـى أو عام دراسى والذى سيتم النظر على أساسه باستمرارية الطفـــل فـــى البرنامج أو عدمه ، كذلك يتم من خلال هذا التسجيل تقييم البرنـــامج وتحديد جوانب القوة والضعف فيه ، وإجراء التعديل المناســـب فـــى ضوء الخبرة التى تم اكتسابها خلال فترة تطبيق البرنامج .

- مواجهة السلبيات التى تحدث على وجه السرعة مثل :

* عدم توافق حصص التربية الخاصة مع حصص التعليم العام .
* عدم توافق الفسح وفترات النشاط مع ما هو فى التعليم العام .
* عجز هيئة التدريس وخاصة معلمى التربية الخاصة .
* نقص الإمكانات والأدوات المناسبة لعملية الدمج .
* عدم مرونة المناهج الدراسية .
* نقص الأنشطة الاجتماعية والثقافية المطلوبة لعملية الدمج فى مدارس التعليم العام .

ولذلك فإن عملية المتابعة والتقويم تتضمن الآتى :

- متابعة وتقويم برامج التوعية للتلميذ والمعلمين فى المـدارس المطبـق فيهـا برنامج الدمج ومن ذلـك متابعـة : الإذاعـة المدرسـية – المطويـات – المسابقات – المناشط الطلابية – حضور المعلمين دورات التدريب والندوات وورش العمل .
- التحقق من مدى استفادة ذوى الاحتياجات الخاصة من برنامج الدمج.
- متابعة وتقويم لجنة القبول ، ومتابعة الحالات ، ورفع التقارير بصفة دورية .
- متابعة تفعيل نتائج الاجتماعات الدورية للمشرفين على برنامج الدمج.
- تقويم البرنامج عن طريق استبيان يعبأ من قبل معلم التعليم العـام ، ومعلـم التربية الخاصة ، وكذا المشرفين على البرنامج فى نهاية العام الدراسى .
- تحديد جوانب النجاح وكذا جوانب الفشل فى البرنامج لتطوير برامج الدمج فى المستقبل .
- دعوة أعضاء ومدرسين جدد للمشاركة مستقبلاً فى فريق الدمج .

ويمكن استخدام الأدوات الآتية فى تقويم برامج الدمج بالإضافة للسجلات السابقة :

١ - الاستبيانات والمقابلات :

وذلك للوقوف على مدى رضى المشاركين فى البرنامج عـن النـواحى الآتية :

- دورهم فى تطبيق برنامج الدمج .
- نوع الخدمات المساعدة التى حصلوا عليها .
- خبرتهم وتواصلهم مع الآخرين .

- مهاراتهم وتدريبهم على تطبيق البرنامج بنجاح .
- مدى كفاية القوانين المساندة لعلمية الدمج .
- مدى مساهمة الجهات المعنية بالدمج فى نجاح البرنامج .

٢ - **مقاييس البيئة التعليمية :** وذلك لفحص المتغيرات الخاصة بالفصل والمدرسة والأسرة .

٣ - **استخدام مقاييس التقدير لبرنامج الدمج .**

عاشراً : دور بعض المسئولين فى عملية الدمج :

نعرض فيما يلى دور كل من المعلم العادى والمعلم التربية الخاصة والإخصائى الاجتماعى فى فصول ومدارس الدمج :

أ - **دور المعلم العادى فى فصول الدمج :**

يمكن للمعلم العادى أن يقوم بالعديد من الأدوار فى فصول ومدارس الدمج، على اعتبار أنه أحد فريق الدمج ، ومن هذه الأدوار ما يلى :

١ - تعديل محتوى المنهج ولو بشكل مبسط حتى يتمشى مع ظروف واحتياجات ذوى الاحتياجات الخاصة .

٢ - التركيز على المهارات الخاصة التى تلزم ذوى الاحتياجات الخاصة وقد لا يتضمنها المنهج العادى.

٣ - تهيئة بيئة صفية تختلف عن البيئة الصفية العادية لتلائم عملية الدمج .

٤ - التركيز على التدريس الفردى مع ذوى الاحتياجات الخاصة .

٥ - التركيز على نقاط الضعف وتقوية الجوانب الايجابية لذوى الاحتياجات الخاصة .

٦ - تطوير اتجاهات إيجابية نحو ذوى الاحتياجات الخاصة .

٧ - التنسيق مع إدارة المدرسة لتذليل أى صعاب تواجه التلميذ ذى الاحتياجات الخاصة .

٨ - التنسيق مع معلم التربية الخاصة كلما دعت الضرورة ذلك .

٩ - إقامة علاقة إيجابية مع أولياء أمور التلاميذ العاديين وغير العاديين .

١٠- تعزيز التفاعل الإيجابى بين التلاميذ العاديين والتلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة .

١١- التنوع فى استخدام أساليب وطرق التدريس لتلائم كل تلاميذ الفصل .

١٢ - اختبار أساليب لتقويم التحصيل تلائم كل تلاميذ الفصل .

١٣- استخدام أساليب التعزيز اللفظية والمادية مع التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة فى ضوء تقدمهم الأكاديمى والسلوكى والانفعالى والاجتماعى .

١٤ - تهيئة التلاميذ العاديين لعملية الدمج .

١٥ - مراجعة وتعديل البرنامج التربوى بناءً على بيانات التقويم .

١٦ - المشاركة فى تحديد معايير الدمج .

ب - دور معلم التربية الخاصة فى فصول ومدارس الدمج :

معلم التربية الخاصة فى مدرسة الدمج واحد من فريق التربية الخاصة الذى يقع عليه مهمة نجاح برنامج الدمج ، ولابد أن يكون سبق إعداده وتدريبه

على القيام بدورة ضمن هذا الفريق المتخصص فى التربية الخاصة ويمكن حصر دورة فى دمج ذوى الاحتياجات الخاصة كما يلى :

١ – تقديم أوجه المساعدة للمعلم العادى لأداء دوره التعليمى والتربوى .

٢ – تحديد مستوى الأداء الحالى للتلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة .

٣ – تحديد المشكلات الصحية والسلوكية التى يعانى منها كل تلميذ مـــن ذوى الاحتياجات الخاصة .

٤ – مساعدة المعلم العادى فى التواصل مع التلميذ ذى الاحتياجات الخاصة .

٥ – مساعدة المعلم العادى على تفهـــم خصـــائص التلميـــذ ذى الاحتياجـــات الخاصة.

٦ – مساعدة المعلم العادى على استخدام مبدأ الفروق الفردية فى الفصل .

٧ – توفير التعليم الزائد والمركز والمشبع .

٨ – وضع الأهداف طويلة المدى والقصيرة المدى المراد تحقيقها من عمليـــة الدمج .

٩ – إعداد الخطط الدراسية والعلاجية للمعلم العادى .

١٠ – المشاركة فى تهيئة التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة لعملية الدمج .

١١ – المشاركة فى تعديل المناهج وأساليب التدريس لتلائم تلاميذ الدمج .

جـ – دور الإخصائى الاجتماعى فى مدارس الدمج :

يمكن للإخصائى الاجتماعى مع اعتبار أنه واحد من فريق الدمج بمدرسة الدمج أن يقوم بالأدوار التالية :

- جمع المعلومات عن التلاميذ المعاقين وظروفهم الأسرية .
- التنسيق والتعاون بين المدرسة والجهات الأخرى المعنية بالدمج .
- تدعيم العلاقة بين مدرسة الدمج والجهات الأهلية المعنية بالإعاقة .
- عمل اجتماعات دورية لأولياء أمور التلاميذ العاديين وغير العاديين وذلـك لتخفيف وطأة الإعاقة عن آباء التلاميذ المعاقين وتوليد مشاعر التعاطف لدى آباء التلاميذ العاديين .
- تفعيل مشاعر الجميع وتعديل اتجاهات أبناء المجتمع نحو الإعاقة والمعـاقين وسياسة الدمج ، للحصول على دعمهم لنجاح برنامج الدمج والاستفادة مـن الجهود التطوعية .
- دعوة القيادات الشعبية التى لها فاعلية فى اتخاذ القرارات لزيـارة مدرسـة الدمج لكسب دعمها ومشاركتها فى نجاح برنامج الدمج .

الحادى عشر : تجارب دولية فى دمج ذوى الاحتياجات الخاصة :

نعرض فيما يلى تجارب بعض الدول فى مجال دمج ذوى الاحتياجـات الخاصة :

١ - الولايات المتحدة الأمريكية :

ظهر الاتجاه نحو استراتيجية الدمج لذوى الاحتياجـات الخاصـة مـع العاديين فى المدارس العامة نتيجة لمطالبـة أوليـاء أمـور التلاميـذ المعـاقين كجماعات ضغط تطالب بحق تعليم أبنائهم فى مدارس الأسوياء وتشـغيلهم مـع أقرانهم العاديين ، وعلى أثر القانون الأمريكى ١٤٢/٩٤ لعام ١٩٧٥ الذى ينص

على ضرورة توفير أساليب الرعاية التربوية والمهنية للمعاقين مع أقرانهم العاديين .

وبناءً على ذلك قامت الدولة بالسعى لتنفيذ إستراتيجية الدمج من خلال برامج الدمج لبعض الوقت فى الفصول العادية النهارية . وفى غرف المصادر فى المدرسة ، ويقوم برعايتهم معلم التربية الخاصة أثناء تواجدهم بغرفة المصادر ، أو دراسة كل الوقت فى الفصول العادية مع متابعة وتوجيه معلم التربية الخاصة الذى يقدم الخدمات الخاصة فى حدود ضيقة .

وتقوم فلسفة دمج المعاقين فى المدارس العادية فى الولايات المتحدة الأمريكية على مجموعة من المبادئ الحاكمة وهى :

١ – المساواة والعدالة بين الأفراد والاحتواء الكامل للمعاقين فى كل من المدرسة والمجتمع .

٢ – التعاون بين معلمى التعليم العام ومعلمى التربية الخاصة بهدف تحقيق أقصى فائدة ممكنة لجميع التلاميذ .

٣ – البرامج الفردية لكل طفل على حدة ، والاحتواء الكامل للأطفال المعاقين فى المدارس العادية فى عمر زمنى مناسب لأقرانهم العاديين كأعضاء طول الوقت فى فصول التعلم العام بالمدارس المجاورة او التى يختارونها بشرط أن تكون مزودة بالخدمات الفردية .

٤ – البيئة الأقل تقييداً وهذا المبدأ يسمح بوضع الطفل المعاق فى فصول التعليم العام مع العاديين دون قيود .

٢ - المملكة المتحدة (بريطانيا) :

الحكومة البريطانية توفر تعليما إلزاميا للمعاقين من سن الخامسة حتى السادسة عشر ، ويلتحقون بالمدارس العادية طالما انها تستطيع سد احتياجاتهم فهناك :

- أطفال معاقون يدرسون فى فصول عادية مع مساعدة شخصية .
- أطفال معاقون ينتظمون فى فصول خاصة داخل المدرسة العادية .
- أطفال معاقون يدرسون بمدارس خاصة منفصلة .

وذلك مع تقديم التسهيلات التعليمية والرعاية المناسبة لطبيعة إعاقة كل منهم ، ونوعها ودرجتها ، ويطبقون النظام الدمجى بثلاث أساليب هى : الدمج الجغرافى ، الدمج الاجتماعى ، الدمج الوظيفى .

٣ - النرويج :

تطبيقاً لمبدأ " التربية للجميع " الذى يؤكد على ضرورة توفير التربية الأساسية لجميع الأطفال والشباب والكبار والتى تلبى احتياجاتهم ، وتمكنهم من الوصول إلى أقصى درجة ممكنة من النمو والتكيف مع البيئة التى يعيشون فيها ، والذى تبناه المجتمع الدولى عام ١٩٩٠م ، فإن حكومة النرويج تتيح للأطفال والشباب المعاقين الالتحاق بالمراحل التعليمية المختلفة بجوار أقرانهم الأسوياء مع تلقى الخدمات المساندة لاحتياجاتهم ، وذلك من خلال برامج ما قبل المدرسة ، ورياض الأطفال العامة ، والمدارس الإلزامية العادية ، ومدارس التربية الخاصة وفصولها .

٤ ألمانيا :

توسعت ألمانيا فى إنشاء المراكز الاستشارية التى تتناول التعليم الخاص بالأطفال المعوقين ، وتعتمد على التعرف المبكر وتقديم الخدمات التربوية المناسبة، ويندمج المعاقون مع المجتمع على أساس برنامج حكومى شامل يقدم لهم إجراءات تنسيقية فى مجالات مختلفة من الحياة الاجتماعية والتعليم والصحة والثقافة والعمل ويتم ذلك من خلال نظام الدمج الجزئى والكامل وحسب ظروف الإعاقة ودرجتها .

وتتمثل رعاية المعاقين فى ألمانيا فى رعاية قائمة على العزل (مدارس خاصة بالمتخلفين عقليا ومدارس خاصة بالإعاقات الأخرى كل على حدة) ، ورعاية قائمة على الدمج بالمدارس العادية منذ أكثر من ١٠ سنوات ، وتقوم فلسفة الدمج فى ألمانيا على مجموعة من المبادىء منها :

- المساواة : فى إيجاد فرص تعليمية متساوية للجميع من المعاقين وغير المعاقين .
- الفردية : تقديم تعليم فردى للمعاقين بما يتناسب مع الخصائص الفردية لكل طفل .
- التعليم الجماعى : أى تعليم المعاقين والعاديين فى مدارس العاديين .
- العمل الجماعى : حيث يتم التعاون بين فريق متكامل لتقديم خدمة تعليمية مناسبة لكل تلميذ .
- التعليم المفتوح : تنفيذ خطة الدرس داخل الفصل من خلال العمل الحر والتدريس من القائم على المشروع .

٥ - سوريا :

تمر سوريا اليوم بمرحلة الانتقال من نظام العزل فى التعليم والرعاية للمعاقين إلى نظام الدمج الكامل كلما أمكن ذلك . وقامت وزارة التربية فى عام ٢٠٠٢ بتنفيذ مشروع وطنى لدمج ذوى الاحتياجات الخاصة فى التعليم النظامى وذلك من إعاقات مختلفة (حركية - سمعية - شلل دماغى - ذهنية - سلوكية - صعوبات تعلم) .

ويهدف هذا المشروع إلى رفع القدرات الوطنية السورية فى مجال دمج ذوى الاحتياجات الخاصة فى التعليم النظامى ، وتعديل الاتجاهات نحو الدمج ، ورفع كفاءة ومهارة القائمين بالمشروع من المعلمين والإخصائيين ، وتفعيل مشاركة الأطفال المعاقين وأسرهم فى مشروعات الدمج ، يأمل القائمون عليه التوسع فى المشروع مستقبلاً .

ويعتمد المشروع على نماذج نظام الدمج التربوى الآتية :

- نموذج المجموعة المنسجمة : دمج عدد من الأطفال المعاقين ١٠ - ١٢ طفل داخل الفصول العادية .
- نموذج تعليم المراكز المتخصصة .
- نموذج فصول التربية الخاصة بالمدارس العادية .

المملكة العربية السعودية :

تقوم المملكة العربية السعودية بدور ريادى فى مجال دمج الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى المدارس العادية على مستوى منطقة الخليج العربى ، وعلى الرغم من قصر تجربة وزارة المعارف السعودية فى هذا المجال إلا أنها استطاعت أن تقطع شوطاً كبيراً فى هذا الجانب حيث تزايد عدد معاهد التربية

الخاصة ، كما تزايد عدد الأطفال الذين يتلقون خدمات التربية الخاصة في المدارس العادية .

ويتم الدمج التربوى فى السعودية على طريقتين :

- طريقة الدمج الجزئى المتمثل فى فصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية.
- طريقة الدمج الكلى عن طريق استخدام الأساليب الحديثة مثل : برامج غرفة المصادر ، وبرامج المعلم المتجول ، وبرامج المعلم المستشار ، وبرامج المتابعة فى التربية الخاصة .

وتنطبق السياسة الوطنية لتقديم التربية الخاصة لذوى الاحتياجات الخاصة من أن :

- تعليم المتفوقين والمعاقين جزء لا يتجزأ من النظام التعليمى .
- ٢٠% من تلاميذ المدارس العادية يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة .
- أن ما يقدم لهذه الفئات من خدمات سيكون له أثره الإيجابى على مخرجات التعليم والعملية التربوية والمجتمع .

وهذه الاستراتيجية الوطنية السعودية تعتمد على :

- تفعيل دور المدرسة العادية فى مجال تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة ، وذلك من خلال : التوسع فى الفصول الملحقة بالمدارس العادية والتوسع فى استحداث غرف المصادر والمعلم المتجول والمعلم المستشار .
- توسيع نطاق دور معاهد التربية الخاصة .
- تنمية الكوادر فى معاهد وبرامج التربية الخاصة .
- تطوير المناهج والخطط الدراسية والكتب المدرسية .

- تفعيل دور البحث العلمي فى مجال التربية الخاصة .
- التعاون والتنسيق مع الجهات ذات العلاقة داخل السعودية وخارجها .

جمهورية مصر العربية :

تحتل استراتيجية الدمج أهمية قصوى وضرورة وطنية بالنسبة لمصر ، وخاصة أن بمصر ما يزيد عن ٦ – ٧ مليون معاق أو أكثر ، كما أن نسبة من تقدم لهم خدمات تربية خاصة منظمة لا يتعدى ٣% منهم ، وتفعيل استراتيجية الدمج فى مصر يحتاج إلى تفعيل مبدأ حق كل طفل معاق فى أن تقدم له كافة الخدمات (تعليم وعلاج وتأهيل ..) وذلك باتباع إستراتيجية الدمج الأكثر مناسبة لنقل المعاقين من نظام العزل إلى المشاركة فى الأنشطة الحياتية بأقصى ما تسمح به إمكاناتهم وهو ما يعرف بالتطبيع نحو العادية .

وهذا التفعيل لإستراتيجية الدمج فى مصر يحتاج إلى قيام المؤسسات الحكومية والأهلية والوزارات بالمتطلبات الآتية :

- إعداد وزارة التربية والتعليم لخطة قومية تشاركها فيها الوزارات الأخرى لتعديل اتجاهات المجتمع نحو إستراتيجية الدمج .
- التكامل والتنسيق بين مختلف الجهات المعنية برعاية ذوى الاحتياجات الخاصة .
- عمل مسح شامل للمدارس المرشحة لعملية الدمج للتعرف على مدى ملاءمتها للدمج .
- توفير الإحصاءات الدقيقة عن ذوى الاحتياجات الخاصة .
- العدالة فى التوزيع الجغرافى لمدارس المعاقين .

- إعداد القيادات الواعية فى مجال التربية الخاصة بصفة عامة ، وفــى مجــال الدمج بصفة خاصة .
- الاعتماد على أسلوب التخطيط لتربية وتعليم المعاقين وتأهيلهم .
- تحقيق مبدأ التربية للجميع فكراً وتطبيقاً ، والتأكيد على تنفيذ سياسة التطبيــع نحو العادية .
- توفير المعلمين المؤهلين للعمل بفصول الدمج والتكامل .
- تعديل المناهج الدراسية وتنوع طرق تدريس لتتمشى مع حاجات وطبيعة ذوى الاحتياجات الخاصة .
- تعديل وتنوع وسائل التقويم لتتمشى مع أسلوب الدمج المتبع .
- التوسع فى تفعيل دور المدرسة العادية فى مجال الدمج ، من خــلال إنشــاء فصول التربية الخاصة وغرف المصادر والمعلم المتجول والمعلم المستشار .
- الاهتمام بالأنشطة التى تجمع بين العاديين مع ذوى الاحتياجات الخاصة .
- التدرج فى تطبيق سياسة الدمج .
- الاهتمام بتهيئة المجتمع والتلاميذ العاديين وغير العاديين وأســرهم لعمليــة الدمج.
- الاهتمام بمشاركة كل الأطراف المعنية بعملية الدمج فى التخطــيط والتنفيــذ والتقييم لبرنامج الدمج .
- تشجيع الدراسة والبحث فى مجال التربية الخاصة .
- التعاون مع الجهات ذات العلاقة داخل مصر وخارجها .

- مراجعة نظام التربية الخاصة فى مصر ، والبرامج الخاصة به ، لتحقيق مبدأ التربية للجميع ، والاستفادة من مدارس التربية الخاصة والكوادر البشرية الموجودة ، وإصدار التشريعات التى تفعل دور المدرسة وهذه الكوادر فى عملية الدمج .

وهناك محاولات مصرية لتفعيل نظام الدمج والأخذ به تحقيقاً لمبدأ "التربية للجميع" وذلك بالتعاون والتنسيق بين أربع وزارات هى : وزارة التضامن الاجتماعى ، ووزارة التربية والتعليم ، ووزارة الصحة ، ووزارة القوى العاملة ، وتظهر هذه المحاولات فى :

- توجد فى المدارس العادية نسبة لا بأس بها من المعاقين حركيا بدرجات متفاوته ويستخدمون أجهزة متعددة ، إلى جانب المعاقين صحياً ويتوقف إدماجهم على الجهود الشخصية .
- كذلك يتم تربية الطفل المعاق بصرياً مع غيره من المبصرين فى رحاب الأزهر الشريف منذ إنشاء الأزهر ، وبدءاً من تحفيظ القرآن وحتى الالتحاق بالجامعة .
- التحاق الأطفال العاديين مع غيرهم من الأطفال المعاقين عاطفياً (أى المحرومين من الرعاية الأسرية مثل قرى *(SOS)* والأطفال المتخلفين عقلياً برياض الأطفال الملحقة بجمعية إنقاذ الطفولة .
- وجود أطفال متخلفين عقلياً فى فصول خاصة وملحقة بالتعليم العام فى مدرسة رمسيس للبنات وأيضا فى المدرسة الإنجليزية ، كذلك يتم فتح فصول خاصة للأطفال المتخلفين عقلياً بالمدارس الابتدائية فى كل إدارة تعليمية.

ومن بين التجارب المصرية الرائدة فى مجال الدمج الآن التجارب الآتية:

- دمج المكفوفين مع أقرانهم المبصرين بالأزهر .
- تجربة مدرسة مصر للغات والتى رفعت شعار العدل والحق والمساواة ، وقدمت خدماتها فى مجال دمج ذوى الإعاقات الذهنية فى الفصول العادية دمجاً مكانياً وفى الأنشطة والبرامج التربوية والأكاديمية والفنية .
- المشروع الاستطلاعى لمركز سيتى لدمج ذوى الاحتياجات الخاصة فى الفصول النظامية .
- تجربة فصول التربية الفكرية الجديدة الملحقة على مدارس التعليم العام .

خاتمة :

تشهد السنوات الأخيرة فى كل بلدان العالم المتقدمة والنامية علـــى حـــدا سواء تحسنا فى الرعاية المقدمة فى واقع عملية الدمج لذوى الاحتياجات الخاصة فى التعليم والمجتمع ، وهذا يتضح من خلال الآتى :

- تزايد الدفاع عن حقوق ذوى الاحتياجات الخاصـــة فـــى العـــلاج والتأهيـــل والتشغيل والحياة الطبيعية ، وتعريف المجتمـــع بأهميـــة ذوى الاحتياجـــات الخاصة كعنصر بشرى قادر على العطاء والإنتاج .
- تزايد الجهود الحكومية والأهلية فى مجال تنشـــيط حيـــاة ذوى الاحتياجـــات الخاصة ومساعدتهم على اكتساب السلوكات والمعارف والتأهيـــل والتشـــغيل لضمان حياة مستقلة لهم ضمن الحياة الطبيعية فى المجتمع ، وبمـــا يضـــمن انتماءهم للمجتمع ، ومشاركتهم فى تقدمه وتطوره .
- تطور برامج الدمج فى أساليبها ووسائلها ونتائجها ، فتم التوسع فـــى إنشـــاء مدارس الدمج ، وفصول التربية الخاصة بهذه المـــدارس وإنشـــاء مـــدارس التربية الخاصة .
- الاهتمام بإعداد معلم فصول الدمج ومعلم التربية الخاصة ، وأدخلت مقررات التربية الخاصة ببعض الكليات وخاصة كليات التربية .
- تفعيل دور وسائل الإعلام لتكوين رأى عام مستنير نحو الإعاقة ، والمعاقين ، وعملية التدخل والدمج .

ورغم تلك الجهود التى تقدمها الجهات الحكومية والأهليـــة فـــى مجـــال الإعاقة، إلا أنه مازال لديها الكثير الذى يمكن أن تقدمه فى مجال التدخل والدمج

لذوى الاحتياجات الخاصة حتى يصبحوا قادرين على التعايش مع أقــرانهم فـــى المجتمع قدر الإمكان بأسلوب حضارى وإنسانى .

المراجع

المراجع

إبراهيم عباس الزهيرى (٢٠٠٣) : تربية المعاقين والموهوبين ونظم تعليمهم، إطار فلسفى وخبرات عالمية . القاهرة ، دار الفكر العربى .

أحمد السعيد يونس ومصرى عبد الحميد حنورة (١٩٩١) : رعاية الطفل المعوق، طبيا ونفسياً واجتماعيا. القاهرة ، دار الفكر العربى .

إقبال إبراهيم مخلوف (١٩٩١) : الرعاية الاجتماعية وخدمات المعاقين ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

بوشيل وايدنمان سكولا برنر (٢٠٠٤) : الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة (ترجمة : كريمان بدير) . القاهرة ، عالم الكتب .

جمال الخطيب ومنى الحديدى (١٩٩٨) : التدخل المبكر ، مقدمة فى التربية الخاصة فى الطفولة المبكرة . عمان ، مكتبة دار الفكر العربى.

---------------- (١٩٩٧) : مدخل إلى التربية الخاصة . مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .

حسنى الجبالى (٢٠٠٥) : الكفيف والأصم بين الاضطهاد والعظمة . القاهرة ، الأنجلو المصرية .

درهم وقاية (١٩٩٧) : من العزل إلى الدمج ومن الرفض إلى القبول . نشرة دورية تصدر عن مركز التدخل المبكر فى مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية ، العدد ١٣ ، ٢٤ – ٢٧ .

ريم معوض (٢٠٠٤) : الولد المتخلف . بيروت ، دار الملايين .

زكريا الشربينى (٢٠٠٤) : طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات ، تعريف وتشخيص . القاهرة ، دار الفكر العربى .

زيدان السرطاوى وعبد العزيز العبد الجبار وعبد العزيز الشخصى (٢٠٠٠) : الدمج الشامل لذوى الاحتياجات الخاصة ، وتطبيقاته التربوية ، العين ، دار الكتاب الجامعى .

سهير محمد سلامة شاش (٢٠٠٢) : التربية الخاصة للمعاقين عقليا بين العزل والدمج. القاهرة ، زهراء الشرق .

صالح عبد الله هارون (٢٠٠٠) : تدريس ذوى الاحتياجات الخاصة فى الفصل العادى ، الرياض ، دار الزهراء .

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤) : الإعاقات الحسية . القاهرة ، دار الرشاد .

عادل كمال خضر (١٩٩٥) : دمج الأطفال المعاقين فى المدارس العادية . مجلة علم النفس تصدرها الهيئة المصرية العامة للكتاب ، العدد ٣٤، ٩٨ – ١٠٩ .

عادل كمال خضر ومايسة أنور المفتى (١٩٩٢) : إدماج الأطفال المصابين بالتخلف العقلى مع الأطفال الأسوياء فى بعض الأنشطة المدرسية وأثره على مستوى ذكائهم وسلوكهم التكيفى ، مجلة دراسات نفسية ، تصدرها رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية " رانم " ، ٣٧١ – ٣٩٠ .

عبد الرحمن العيسوى (١٩٩٧) : سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية مع سبل العلاج والتأهيل . بيروت ، دار الراتب الجامعية .

عبد الرحمن سيد سلمان (٢٠٠١) : سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة ، الجزء الثالث : ذوو الحاجات الخاصة (الخصائص والسمات) . القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .

عبد العزيز الشخصى (١٩٨٧) : دراسة لمتطلبات إدماج المعوقين فى التعليم والمجتمع العربى . مجلة رسالة الخليج العربى ، مكتب التربية العربى لدول الخليج ، العدد ٢١ ، السنة الرابعة .

عبد المطلب أمين القريطى (٢٠٠٥) : سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، ط(٤) . القاهرة ، دار الفكر العربى .

عبد المنعم الحفنى (١٩٩٤) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى . القاهرة ، مكتبة مدبولى .

عبير فاروق سعد (١٩٩٦) : إعداد معلم التربية الخاصة فى مصر . رسالة ماجستير ، غير منشورة ، معهد الدراسات التربوية ، جامعة القاهرة .

عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢) : الإعاقات الذهنية فى مرحلة الطفولة . القاهرة ، المجلس العربى للطفولة والتنمية .

فاروق الروسان (١٩٩٨) : قضايا ومشكلات فى التربية الخاصة . عمان : دار الفكر العربى .

---------- (١٩٨٩) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة فى التربية الخاصة) . عمان ، جمعية المطابع التعاونية .

فاروق السعيد جبريل ومصطفى السعيد جبريل (٢٠٠٦) : سيكولوجية الإعاقة السمعية . المنصورة ، عامر للطباعة والنشر .

فاروق محمد صادق (١٩٩٨) : من الدمج إلى التآلف والاستيعاب الكامل . ندوة دمج الأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة فى دول مجلس التعاون الخليجى البحرين ٢ – ٤ مارس .

فتحى السيد عبد الرحيم (١٩٨٣) : قضايا ومشكلات فى سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين : النظرية والتطبيق . دبى ، دار القلم .

------------- (١٩٨٢) : إطار سلوكى وظيفى لمعلم التربية الخاصة من الإعداد إلى الممارسة ، المجلة العربية للتربية ، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، ٢ (١) ، ٣٠ – ٦٤ .

------------- (١٩٨٢) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين ، ط(٢) . الكويت ، دار القلم .

------------- (١٩٨١) : الدراسة المبرمجة للتخلف العقل . الكويت ، مؤسسة الصباح .

فوزية أخضر (١٤٢١ هـ) : مراكز التشخيص والتدخل المبكر . الرياض ، مطابع التقنية للأفست .

-------- (١٤١١ هـ) : دمج الطلاب الصم وضعاف السمع فى المدارس العادية ، الرياض ، دار عالم الكتب .

كلير فهيم (٢٠٠٣) : أبناؤنا ذوى الاحتياجات الخاصة وصحتهم النفسية . القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٦) : مرجع فى علم التخلف العقلى . الكويت ، دار القلم .

كمال سالم سيسالم (٢٠٠٦) : الدمج فى مدارس التعليم العام وفصوله . العين ، دار الكتاب الجامعى .

لطفى بركات أحمد (١٩٨١) : تربية المعوقين فى الوطن العربى . الريــاض ، دار المريخ .

محمد إبراهيم عيد (٢٠٠٥) : مقدمة فى الإرشاد النفســى . القــاهرة ، مكتبــة الأنجلو المصرية .

محمد السيد صديق (٢٠٠١) : دراسة سيكولوجية إدماج المعوقين ســمعيا مــع أقرانهم العاديين ماله ... ما عليه ، مجلــة العلــوم التربويــة يصدرها معهد الدراسات التربوية- جامعة القاهرة .

محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة على حس (٢٠٠٤) : العــلاج الســلوكى المكثف والمبكر للطفل التوحدى . القاهرة ، درا الفكر العربى

محمد محروس الشناوى (١٩٩٧) : التخلف العقلى ، الأسباب – التشــخيص – البرامج . القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر .

مختار حمزة (١٩٧٥) : سيكولوجية المرضى وذوى العاهات ، ط(٣) ، القاهرة. مكتبة الخانجى .

مدثر سليم أحمد (٢٠٠٦) : تقدير الــذات والمهــارة الاجتماعيــة والتحصــيل الدراسى للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فــى ظــل نظــام الدمج. المؤتمر العلمى الثالث كلية التربية بأســوان : جــودة التعليم فى ظل الشراكة بين كليــات التربيــة ووزارة التربيــة والتعليم ٨ – ٩ مارس .

مريم صالح الأشقر (٢٠٠٣) : دمج ذوى الاحتياجات الخاصة فـــى المجتمـــع . إصدارات المركز الثقافى الاجتماعى بالجمعية القطرية لتأهيــل ذوى الاحتياجات الخاصة .

مصلح عبدج الحى النجار (٢٠٠٥م-١٤٢٥هـ) : الفحص قبل الزواج فى الفقة الإسلامى . مجلة جامعة الملــك ســعود ، العلــوم التربويـــة والدراسات الإسلامية ، المجلد ١٧ .

ملك أحمد عبد العزيز (١٩٩٣) : مدى فاعلية نظام الدمج فى تحســين بعــض جوانب السلوك التوافقى للتلاميذ المتخلفين عقليا القابلين للتعلم . رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية التربيـــة – جامعـــــة عين شمس .

منى الحديدى (١٩٩٦) : رعايـــة وتأهيــل المكفــوفين ، سلســلة الدراســات الاجتماعية. القاهرة ، مطبوعات جامعة الدول العربية .

ناصر الموسى (١٩٩٢) : دمج الأطفال المعوقين بصرياً فى المدارس العاديـــة طبيعته وبرامجه ومبرراته . الرياض ، مركز البحوث التربوية بكلية التربية – جامعة الملك سعود .

يوسف الشيخ وعبد السلام عبد الغفار (١٩٦٦) : ســيكولوجية الأطفــال غيـــر العاديين والتربية الخاصة . القاهرة ، درا النهضة العربية .

يوسف القريوتى وعبد العزيز السرطاوى وجميل الصمادى (١٩٩٨) : المـــدخل إلى التربية الخاصة . دبى ، دار القلم .

موقع أطفال الخليج ، برامج التدخل المبكر مع المعوقين .

موقع أطفال الخليج ، ذوى الاحتياجات الخاصة .www. gulfkids-com

David Si, Martin (1987): Cognition, Education, and Deafness-Direction for Research and Instruction, Library of Congress, U.S.A.

Elliott, D., & Mckenny, M. C. (1998) : Four Inclusion Models that Work. Teaching Exceptional Children, Vol. 30 (4), p. 54-58.

Elliott, T., Herrick, s., Patti, A. & Witty, T. (1991): Assertiveness, Social Support, and Psychological Adjustment Following spinal Cord Injury. Behavioral Research and Therapy. Vol., 29 (5), p. 485-493.

Federico, A. M., Herrold, G.W., Venn, J. (1999): Helpful Tips for Successful Inclusion. Teaching Exceptional Children, Vol. (32(1), p. 76-82.

Fenske, E.C., et al., (1985) : Age al Intervention and Treatment Outcome for Autistic Children in a Comprehensive Intervention Program. Analysis and Intervention Developmental Disabilities, Vol. 5, p. 49-58.

Hallahan, D.P. & Kuaffman, J. M. (1978) : Exceptional Children: Introduction to Special Education. Englewood Cliffs: Prentice-Hial.

Harris, S. L. & Weiss, M. G. (1998) : Right form the Start, Behavioral Intervention for Young Children with Autism. Woodbine House.

Karagianns, A., Stainback, W. Stainbacks (1996) : Rational for Inclusive School. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Kirk, S. (1970) : Educating Exceptional Children Calcutta: Oxford & Ibh.Pub., Co.

Lowe Nbraum, S. & Afflech, J. (1978) : Restrictive Environment, Seattle University of Washington, U.S.A.

Marc Marschark, (1997) : Raising and Educating a Deaf Child, New York, Oxford University Press.

Margalit, M. (1991) : Promoting Classroom Adjustment and Social Skills for Students with Mental Retardation Within an Experimental and Control Group Design. Exceptionality. Vol., 2 (4), p. 195-204.

Maurice, C. G., & Luce, S.C. (1996) : Behavioral Intervention for Young Children with Autism: A Manual for Parents and Professionals. Autism, Tx: Pro-Ed.

Rost, D. & Cezeschilk, t. (1994) : The Psycho-Social Adjustment of Gifted Children in Middle-Childhood, European J. of Psychology of Education, Vol., 9 (1), p. 15 – 25.

Schaffner, C. B.., & Buswell, B. E. (1996) : Ten Critical Elements For Creating Inclusive and Effective School Communities. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Schattman, R. (1988) : Integrated Education and Organization Change. IMPACT, Vo., 1, p. 8 – 9.

Schloss, P. J. (1992) : Mainstreaming Revisited. The Elementary School Journal, Vol., 92(3), p. 233-244.

UNESCO (1986) : European Regitional Education Workshop on the Implication of the Educational Integration of Disabled Children and Adolescents into the

Normal Structures of General Education for Teacher Training Final Report.

Warms, L. & Hammerman, C. (1982) : The Rehabilitation Decade. N.Y.: Rehabilitation International.